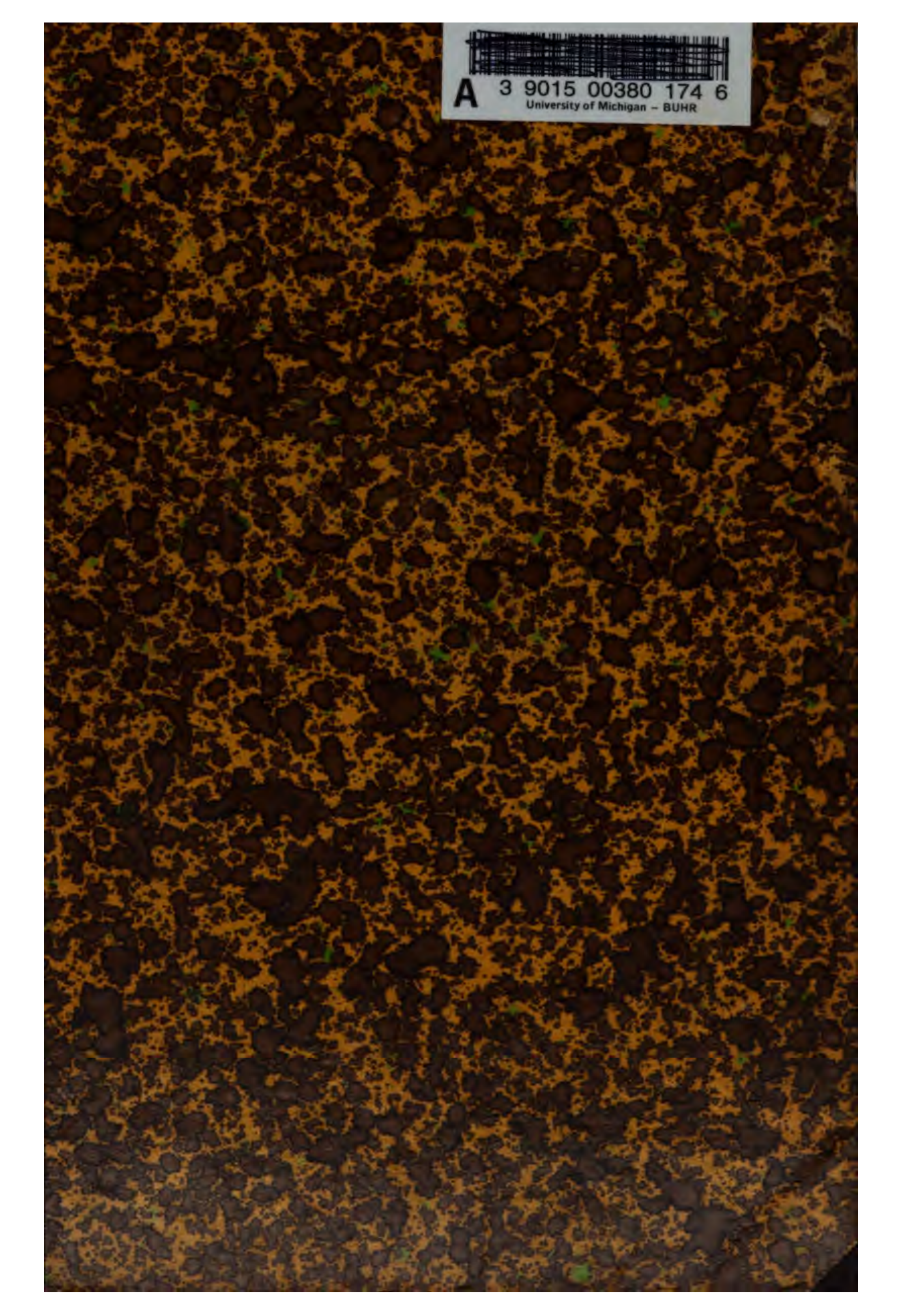
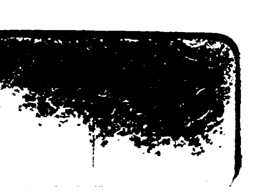
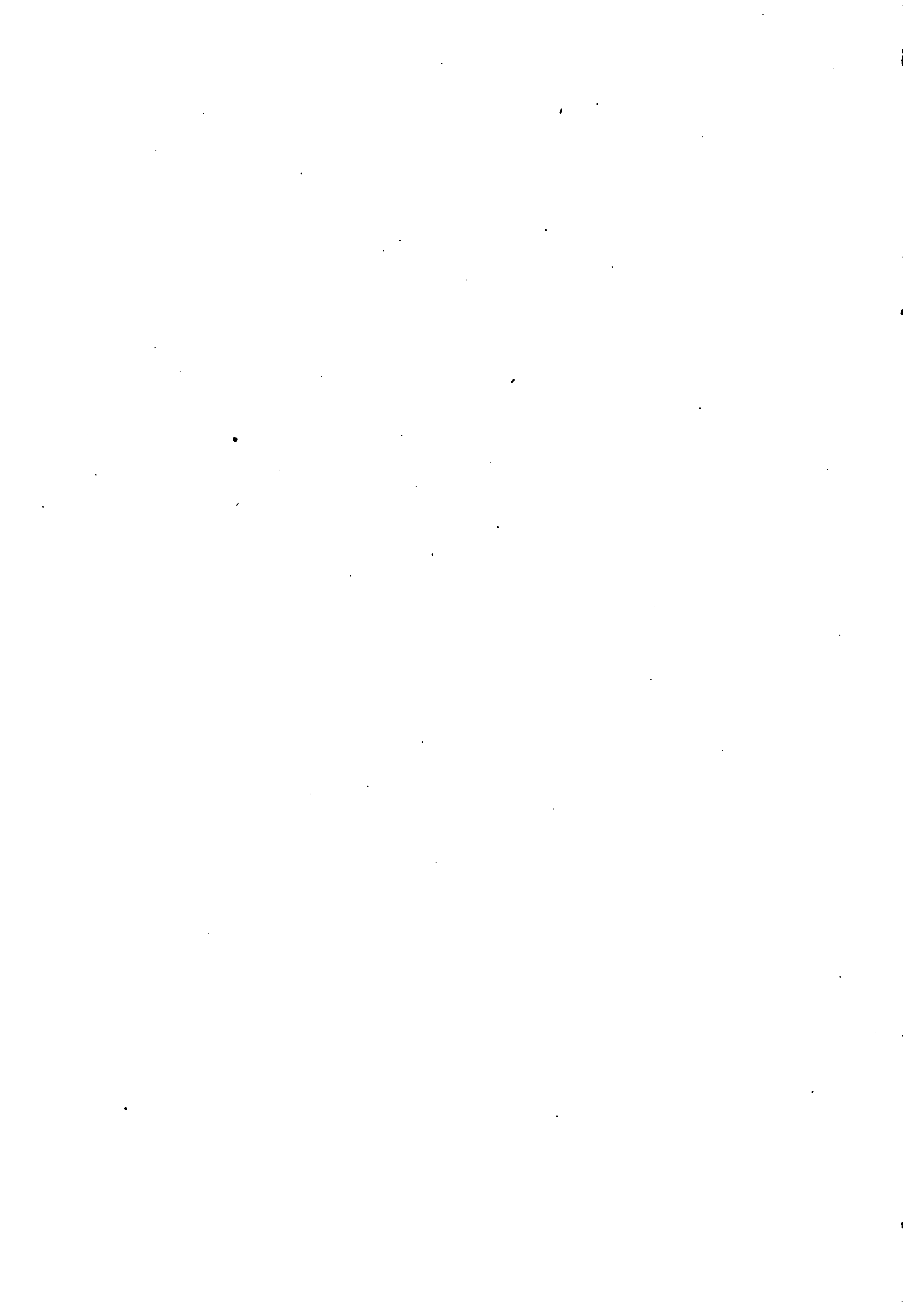



A 3 9015 00380 174 6
University of Michigan – BUHR





DERMATOLOGISCHES CENTRALBLATT.

INTERNATIONALE RUNDSCHAU

AUF DEM

GEBIETE DER HAUT- UND GESCHLECHTS-KRANKHEITEN.

HERAUSGEGEBEN

VON

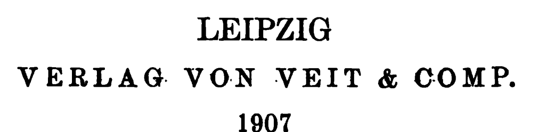
DR. MAX JOSEPH

IN BERLIN.

ZEHNTER JAHRGANG.

MIT ABBILDUNGEN IM TEXT.





LEIPZIG

VERLAG VON VEIT & COMP.

1907

Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Inhalt.

a) Originalabhandlungen.

b) Therapeutische Revue.

c) Übersichtsreferate.

d) Referate.

e) Bibliographie.

f) Therapeutische Notizen.

g) Vermischtes.

h) Vereinsberichte.

i) Personalien.

DERMATOLOGISCHES CENTRALBLATT.

INTERNATIONALE RUNDSCHAU

AUF DEM GEBIETE DER HAUT- UND GESCHLECHTSKRANKHEITEN.

HERAUSGEGEBEN

VON

DR. MAX JOSEPH

Zehnter IN BERLIN. Jahrgang.

Monatlich erscheint eine Nummer. Preis des Jahrganges 12 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie direkt von der Verlagsbuchhandlung Veit & Comp. in Leipzig.

1906. Oktober. Nr. 1.

I. Originalmitteilungen.

[Aus Dr. Max Josephs Poliklinik für Hautkrankheiten in Berlin.]

1. Über Arsenzoster.

Von Prof. **Bernhard Solger** in Neiße.

Im Laufe dieses Jahres (Februar 1906) wurde mir von Herrn Dr. Max Joseph ein Fall aus dessen Poliklinik zur Beobachtung überwiesen,

der wegen des doppelseitigen Auftretens eines Arsenzoster eine Besprechung verdient. Der Tatbestand, soweit er für uns hier in Betracht kommt, ist kurz folgender:

Ein 34 jähriger Herr von kräftiger Konstitution hatte im Verlauf eines hartnäckigen, seit August 1905 bestehenden, fast über den ganzen Körper verbreiteten Ekzems auf ärztliche Verordnung hin längere Zeit Acid. arsenicosum genommen, und zwar $1^1/_2$ Flaschen zu 0,25 in Lösung von 0,25 : 50,0 Wasser. Es stellten sich lebhafte Magenbeschwerden ein, zugleich waren ihm die Augen empfindlich. Er hörte sofort mit der Arsenmedikation auf, zwar schwanden alsbald die erwähnten Beschwerden, aber statt ihrer machte sich ein lebhaftes Gefühl des Wundseins an Bauch und Rücken bemerkbar, als ob ihn das Hemd scheuerte. 3 Tage nachdem er die Arsentropfen ausgesetzt hatte, bemerkte er zuerst den Zoster.

Bei der Inspektion zeigte sich ein ziemlich ausgedehnter Herpes zoster, der zwar in erster Linie die linke Körperhälfte befallen hatte, aber in beschränkter Ausdehnung auch rechterseits nachweisbar war. Im einzelnen war die Lokalisation bei dieser ersten Untersuchung folgende: Links Herpes zoster cervico-clavicularis; während die Regio deltoidea und ebenso die betreffende Thoraxhälfte und der proximale Teil des Abdomen von Bläscheneruptionen ganz frei sind, zeigen sich die ersten Merkmale des Zoster wieder in der unteren Lenden- und oberen Gesäßgegend und zwar ventral in der Regio hypogastrica oberhalb des Lig. inguinale (Pouparti) und dorsal in dem hinteren, oberen Quadranten der Regio glutaea. Hier stehen die Bläschen in linearen oder, oberhalb des Leistenbandes, in mehr schief von lateral-oben nach medial-unten absteigenden Gruppen, die etwa in der Gegend des Annulus cutaneus can. inguin. sich dicht zusammendrängen. Rechts: Hier trifft man zunächst nur einige Bläschengruppen in der Verlängerung der XI. Rippe, die aber nur bis zur Mammillarlinie sich erstrecken. — Als ich einige Tage später den Kranken sah, waren einige Nachschübe, wie sie ja beim Arsenzoster häufig vorzukommen pflegen, aufgetreten. Der Befund stellte sich folgendermaßen dar: Linkerseits sind nun auch Bläschen hinter der Ohrmuschel und an der Grenze der behaarten Kopfhaut hinzugekommen, ferner eine Gruppe lateral vom Nabel. Rechterseits zeigt sich etwa in gleicher Höhe mit der erwähnten Eruption lateral vom Nabel ebenfalls eine kleine Gruppe von Herpesbläschen, die vor zwei Tagen noch nicht zu bemerken war.

Mit Rücksicht darauf, daß Aldrich[1] in 4 Fällen breite weiße Querstreifen an den Fingernägeln beschreibt, die durch Arsen verursacht waren, wurden bei unseren Patienten auch die Nägel untersucht, und zwar mit folgendem Ergebnis: Schon vor Weihnachten war ihm aufgefallen, daß, nachdem er zum ersten Mal von einem akuten Ekzemausbruch geheilt war, das Nagelbett des dritten und vierten Fingers der rechten Hand

---

[1] Amer. Journ. of med. sc. 1904. April.

zu eitern begann. Später bemerkte er, daß die übrigen Nägel Einknickungen zeigten. Diese Erscheinung zeigte sich schon Mitte Januar, während der Zoster erst am 1. Februar auftrat. Vielleicht darf ich in diesem Zusammenhang auch über den von Conzen[1] beschriebenen Fall kurz berichten. Hier kam es bei einer Pelznäherin, welche die Fingerspitzen direkt in die von ihr zur Konservierung benutzte Arsenlösung tauchte, zu trophischen Störungen der Fingernägel, die sich im Auftreten von Querfurchen, in Verdickung und Schichtung derselben äußerten.

Der weitere Verlauf des Zoster gestaltete sich, um wieder zu unserem Patienten zurückzukehreu, so, daß er wegen allgemeinen Unbehagens einige Tage das Bett hüten mußte. Unter indifferenter Behandlung heilten die Zosterbläschen ab und am 8. März 1906 waren an Stelle der früheren Bläschen meist kleine, narbige Einziehungen getreten, die in ihrer Umgebung eine leichte Pigmentierung aufwiesen.

Aus der Krankengeschichte ergibt sich also zunächst, daß im Anschluß an ein Ekzem nach Arsenmedikation, als noch Reste jener ersten Erkrankung bestanden, ein Bläschenausschlag auftrat, der, wenn auch in sehr ungleicher Ausdehnung, beide Körperhälften befiel. Es fragt sich nun: 1. Ist dieser Ausschlag wirklich als Herpes zoster aufzufassen, wie er bisher bezeichnet wurde? 2. Ist derselbe als Arsenzoster aufzufassen? Kann nach Ausschluß einer aus andrer Ursache entstandenen Gürtelrose die Natur der Affektion als die eines Arsenzoster erwiesen werden, dann würde der Fall immerhin insofern bemerkenswert erscheinen, als meines Wissens bisher eine Beobachtung von doppelseitigem Auftreten eines solchen, der überdies auf der einen Seite verschiedene, weit auseinanderliegende Gebiete peripherer Nerven ergriffen hatte, noch nicht vorliegt.

Gegen die Deutung der beschriebenen Affektion als eines Herpes zoster kann wohl nicht der geringste Einwand erhoben werden. Es waren Bläschen vorhanden, die zunächst mit lymphoider Flüssigkeit gefüllt waren, deren Inhalt sich später trübte, deren Decke weiterhin zu einer braunen Kruste eintrocknete und die unter Hinterlassung narbiger, in ihrem Umkreis leicht pigmentierter Einziehungen schließlich heilten. Sie standen in Gruppen, die am Halse (links) das Hauptgebiet des Plexus cervicalis einnahmen und die in der oberen Brustgegend rechterseits und linkerseits dem Nervus thoracalis XI. und links auch noch dem N. lumbalis I und II. entsprachen. Ich folge bei der Deutung der Bläschenlokalisation dem von Frenkel angegebenen Schema der Spinalnervengebiete nach der Reproduktion von Blaschko.[2]

---

[1] Neurolog. Centralbl.. 1906. Nr. 1. S. 18—21.

[2] Beilage zu d. Verhandlungen d. Deutschen dermatol. Gesellsch., VII. Kongr. zu Breslau im Mai 1901, Taf. III, Fig. 3 und 4.

Es wäre aber möglich, daß wir wohl eine neuritische Dermatose, aber kein Arzneiexanthem vor uns gehabt hätten. In den letzten Wochen, also zeitlich ziemlich mit vorliegender Beobachtung zusammenfallend, kamen, wie alljährlich im Frühjahr, mehrere Fälle von Herpes zoster in der Poliklinik zur Behandlung. Es wäre daher immerhin denkbar, daß der Herpes zoster mit Bezug auf die Arzneimedikation nur post hoc, aber nicht propter hoc gefolgt wäre. Das doppelseitige Auftreten, für den Arsenherpes noch nicht beobachtet, würde für den Herpes zoster gar nichts Unerhörtes sein. Für ihn hatte schon Pfeiffer[1] im Jahre 1889 einen ziemlich erheblichen Prozentsatz gefunden, denn er konnte über 117, meist in Thüringen beobachtete Fälle berichten, unter denen 8 doppelseitige Affektionen figurieren und Sachs[2] zählt nicht weniger als 14 Autoren auf, die über Herpes zoster bilaterialis geschrieben haben.[3] Einstweilen vermag ich also den Einwand, es möchte sich in unserem Fall eben auch nur um Herpes zoster gehandelt haben, nur dadurch zu entkräften, daß im Anschluß an ein Gefühl von Abgeschlagenheit und Mattigkeit und an eine Magenverstimmung, also an toxische Erscheinungen, die sich erst nach längerem Arsengebrauch eingestellt hatten, die Bläscheneruptionen aufgetreten waren. Wir nehmen also an, es handle sich um einen Fall von Arsenzoster. Dann trat aber das Arzneiexanthem — denn ein solches würde dann gegeben sein — hier unter einem relativ einförmigen Bilde auf. Wir wissen, daß außer Urticaria und einem diffusen, generalisierten pockenähnlichen Bläschenausschlag (Bettmann) sich „zuweilen nach wiederholten Gaben dieses Medikaments ein Herpes zoster“[4] einstellt. Auch die Mundschleimhaut kann sich befallen zeigen. So waren in dem Fall von Bettmann[5] an beiden Zungenrändern, also doppelseitig und vielleicht auch genau symmetrisch, mehrere flache Geschwüre vorhanden, die in ihrer Begrenzung direkt an Herpes-Ulcera erinnerten, ebenso am harten Gaumen, doch wird deren Anordnung im Original nicht näher bezeichnet. Dafür sind die nach Arsengebrauch auftretenden Keratosen nach Bettmann[6] geradezu durch ihr symmetrisches Auftreten charakterisiert. Auf diese Kombination von Herpes zoster, einem generalisierten Bläschenausschlag und einer Hyperkeratose hatte vor Bettmann schon

---

[1] L. Pfeiffer, Die Verbreitung d. Herpes zoster längs der Hautgebiete der Arterien und dessen Stellung zu den akuten Exanthemen. Corresp.-Blätter d. Allg. ärztlich. Vereins v. Thüringen. XVIII. Nr. 8.

[2] O. Sachs, Zur Lehre vom Herpes zoster nebst Mitteilung über eine Zosterepidemie. Zeitschrift f. Heilkunde. XXV. 1904.

[3] L. c. S. 2.

[4] Joseph, Lehrbuch d. Hautkrankheiten. 1905. S. 162.

[5] Bettmann, Über Hautaffektionen nach innerlichem Arsenikgebrauch. Ein Beitrag zur Frage des Zoster arsenicalis. Arch. f. Dermatol. u. Syph. LI. 1900. S. 202—224. Taf. 1.

Rasch hingewiesen. Endlich berichtete vor einiger Zeit White über eine akute, symmetrische Keratodermie nach Arsengebrauch.[1]

Wie die Hyperkeratose nach Arsengebrauch zustande kommt, entzieht sich zunächst noch vollkommen unserer Einsicht. Etwas aussichtsvoller wird der Versuch sein, eine Erklärung dafür zu geben oder wenigstens anzubahnen, wie wir uns die Genese des Bläschenausschlages, namentlich des systematisierten, in Form eines Herpes zoster auftretenden Ausschlages zu denken haben werden.

Man ist, seit Mehlis zum ersten Male im Jahre 1818, „wegen des halbseitigen Verlaufes und der begleitenden Neuralgien“ (Blaschko)[2] den Herpes zoster „auf eine Affektion der Intercostalnerven oder vielmehr der in dieselben eintretenden Sympathikusfasern zurückführte“, immer wieder auf das Nervensystem zurückgekommen, wenn auch die einzelnen Autoren in bezug auf die Rolle, die sie diesen oder jenen Nervenelementen zuerkannten, mannigfach voneinander abwichen. Nach Bärensprung sollte die Erkrankung von den Spinalganglien ausgehen, aus denen man die trophischen Nervenfasern herleitete. Diese Lehre wurde selbstverständlich auch auf das Ganglion Gasseri, das einem Spinalganglion gleichwertig ist, übertragen. Andere glaubten weiterhin, für gewisse Fälle von Zoster im Bereich sensibler Bahnen bestimmter Gehirnnerven den Sitz der Affektion weiter centralwärts, auf die Endkerne, wie man heutzutage sagen würde, jener Nerven zurückverlegen zu müssen.[3] Hierher gehören die von Achard und Castaugne beschriebenen Fälle von Zoster im Gebiet des Trigeminus, Glossopharyngeus und Vagus. In manchen Fällen glaubte man sogar auf die Ganglienzellen der grauen Rinde der Großhirn-Hemisphären zurückgreifen zu müssen, indem man im Zoster eines der „Anfangssymptome der Meningoencephalitis (paralytica)“ erblickte.[4] Andere Erfahrungen bezüglich des Herpes zoster des Rumpfes schienen darauf hinzudeuten, daß die Erkrankung auch medullären Ursprungs sein und von den Ganglienzellen der Hinterhörner ausgehen könne (Brissaud, Head). Die bisher aufgeführten Erklärungen haben das Gemeinsame, daß sie den primären Sitz der Erkrankung in die Nervenzellen verlegen, von ihnen, als den trophischen Centren der Nervenfasern, hätten dann die pathologischen Veränderungen auf letztere übergegriffen, wobei die Strecke bis zur Peripherie ein oder mehrere Neurone umfaßte.

Es fehlte aber auch nicht an Stimmen, welche die Gürtelrose von

---

[1] Nach einem im Centralbl. f. Kinderheilkunde veröffentlichten Referat von v. Boltenstern.

[2] Blaschko, Artikel Herpes in Handb. d. Hautkrankh., herausgegeben von F. Mraček, 1902.

[3] Blaschko, l. c., S. 691.

[4] Blaschko, l. c., S. 690.

einer Affektion der peripheren, cerebrospinalen Nerven direkt ableiteten (Curschmann und Eisenlohr, Pitrès und Vaillard, Dubler).[1] Kreibich dagegen nennt speziell den Arsenik-Zoster wieder eine „Angioneurose",[2] nachdem schon vor mehreren Jahrzehnten Eulenburg den Zoster überhaupt für „eine durch Erkrankung sympathischer Fasern bedingte vasomotorische Neurose"[3] erklärt hatte. Endlich machte Pfeiffer den Versuch, die sicher festgestellten Veränderungen in den Spinalganglien und dem Ganglion Gasseri nicht als die Ursache, sondern als die Folge herpetischer Prozesse hinzustellen. Für ihn ist der Zoster eine Infektionskrankheit. Da er sich nun überzeugt zu haben glaubte, daß das Ausdehnungsgebiet des Ausschlags dem Haut-, bzw. Kapillargebiet kleiner Arterien entspräche, macht er den Schluß, es seien Arterien- oder Kapillarverletzungen, die im Inkubationsstadium des Zoster erlitten, die gelegentliche Ursache für seine Lokalisation abgäben. — Mir scheint nun Pfeiffer zu weit zu gehen, wenn er die herpetischen Herde von einer Erkrankung der Hautgefäße ableitet, und in den pathologischen Befunden der Spinalganglien lediglich nur Folgeerscheinungen jener Prozesse sieht. Denn oft genug gehen doch neuralgische Beschwerden den Hautveränderungen voraus. Weiterhin decken sich die Hautveränderungen in vielen Fällen, namentlich wenn der Trigeminus, oder die vier oberen Cervikalnerven befallen sind, viel besser mit der Anordnung der Hautnerven als der Hautarterien. Und doch werden wir kaum zu einer befriedigenden Erklärung gelangen können, wenn wir die Blutgefäße gar nicht als bedeutsamen Faktor mit in Rechnung ziehen.

Es gibt ja Gefäße, deren Verlauf nicht nur in groben Zügen mit dem der Nerven übereinstimmt, sondern der bis hart an die Peripherie dieselben Bahnen einschlägt, als die Nerven, das sind die epineuralen und endoneuralen Blutgefäße der Nerven selbst, deren bisher, soviel mir bekannt ist, in der Diskussion gar nicht gedacht wurde.

Über diese Blutgefäße der peripheren Nerven äußert sich Rauber[4] wie folgt: Die Blutgefäße der peripheren Nerven, kleine Arterien und Venen, folgen der Längsrichtung des Nerven und liegen zunächst im Epineurium. Weiterhin treten zahlreiche feine Gefäße durch die Perineuralscheiden hindurch in das Innere der sekundären Bündel, wo sie in ein zierliches Kapillarnetz mit langgestreckten Maschen übergehen. Die kleinen Arterien werden von feinen Gefäßnerven (Nervi nervorum) begleitet W. Krause)". Ob die Arterien zu den sog. Endarterien (Cohnheim) ge-

[1] Vgl. Blaschko, l. c., S. 697.
[2] Kreibisch, Die angioneurotische Entzündung. Wien 1905, S. 111.
[3] Blaschko, l. c., S. 687.
[4] Lehrbuch d. Anatomie d. Menschen. II. S. 561.

hören, ist wohl noch nicht untersucht. Jedenfalls kommt den peripheren Nerven eine relativ abgeschlossene Gefäßversorgung zu.

Toxische Stoffe, z. B. Arsenverbindungen, werden daher ähnlich, wie der Alkohol, der zu Neuritis führt, zu einer Schädigung, unter Umständen auch zu einer entzündlichen Reizung der Nervenfaser Anlaß geben, durch welche die Faser dem Einfluß ihres trophischen Centrums, nämlich einer bestimmten pseudo-unipolären Ganglienzelle, wie sie den Spinalganglien und den meisten Ganglien der Gehirnnerven eigen sind, entzogen wird. In wie weit die vasomotorischen Nerven der intraneuralen Blutgefäße in den Prozeß mit eingreifen, läßt sich zurzeit nicht angeben.

Die Umsetzung der Nerven- in die Hautaffektion hätten wir uns dann in der Weise zu denken, daß die vor dem Eindringen in die Epidermis ihrer Hüllen (Henlesche Scheide, Markscheide, Schwannsche Scheide) entkleideten Neuriten und deren Verzweigung nun als Fremdkörper oder Reizträger auf die sie umgebenden Gewebe (Papillarschicht des Coriums, Keimschicht der Oberhaut) wirken und so zur Bläschenbildung den Anstoß geben. Der Annahme besonderer „trophischer Nerven bedarf es dabei nicht, ebensowenig wie der einer trophoneurotischen Entzündung". Doch stimme ich mit Barth und Blaschko in der Voraussetzung „einer Schädigung, beziehungsweise einer entzündlichen Reizung der sensiblen Nerven an einer bestimmten Stelle" überein.[1] Es braucht aber keineswegs die Schädigung schon im Spinalganglion einzusetzen, sondern an einer beliebigen, zwischen dem Nervenknoten und der Peripherie gelegenen Strecke. — Nun erscheinen die negativen Befunde im Ganglion bei Erkrankungen zugehöriger peripherer Nerven, die mit Herpes zoster einhergingen, wie sie Curschmann und Eisenlohr, Pitrès und Vaillard, endlich Dubler berichten, keineswegs auffallend. Eine Entzündung wird sich längs des Bindegewebes und der reichlichen Lymphwege der Nerven gewiß unter Umständen zentralwärts bis ins Ganglion fortpflanzen, eine durch Vermittelung der Blutgefäße distal vom Ganglion einsetzende, toxische Schädigung der Nerven wird aber zunächst nach der Peripherie hin fortschreiten, ebenso wie eine durch ein Trauma herbeigeführte Trennung des Neuriten von der Zelle mit T-Faser in der Regel nur zu einer Degeneration des distalen Endes führt. Das trifft für diejenigen Fälle zu, wo im Anschluß an ein Trauma peripherer Nerven, sich ein Zoster entwickelte. „Solche Fälle von Zoster im Gebiete eines durch Schuß, Säbelhieb, Quetschung oder sonstwie verletzten Nerven sind in großer Zahl berichtet worden von Rouget, Reynaud, Paget, Weir-Mitchell, Thomas, Mougeot, Bouchard, Frilet, Bohn, Wyss, Lucas, Charcot, Kinnicutt u. a."[2] Auch der „Herpes de voisinage" (Verneuil) gehört hierher.

---

[1] L. c., S. 704. [2] Blaschko, l. c., S. 699.

Ich möchte also dafür eintreten, daß man in Zukunft etwaigen Veränderungen der peripheren Nerven und ihrer Gefäße bei Herpes zoster mehr Aufmerksamkeit schenken wolle, als bisher. Dabei wird man, mutatis mutandis, auch noch das im Auge zu behalten haben, was Blaschko über das verhältnismäßig späte Auftreten von Entzündungs- und Degenerationserscheinungen in peripheren Nerven sagt. Sie fanden sich, allerdings bei Beteiligung des Ganglion, „erst nachträglich, zum großen Teil sogar erst nach Abheilen des Exanthems“ (S. 702), doch vermutet er, daß „schon primär gleichzeitig mit der Entzündung im Ganglion sich irgendwelche pathologische Veränderungen abgespielt haben“. Jedenfalls wird man auch bei Nichtbeteiligung des Ganglion damit zu rechnen haben, daß pathologische Veränderungen an Neuriten und der Markscheide einer gewissen Zeit bedürfen, um deutlicher in Erscheinung zu treten.

Zum Schluß erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Dr. Max Joseph für die Überlassung des Falles zur Publikation, sowie für die gütige Bereitstellung der Literatur auch an dieser Stelle meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

---

2. Schmierkur und Schmiersalbe.

Von Prof. Kromayer in Berlin.

In den letzten Jahren sind zahlreiche neue Salbengrundlagen für Schmierkuren angegeben und von den sie herstellenden Firmen angepriesen worden, so daß ein „embarras de richesse“ an „besten“ Quecksilbersalben entstanden ist.

Bei der Wichtigkeit der Schmierkur, die immer noch von vielen als die beste Form der Quecksilbereinverleibung angesehen wird, erscheint hier eine kritische Prüfung gerechtfertigt zu sein, die auf folgenden Voraussetzungen zu basieren hätte.

Das Quecksilber verdunstet bei der Schmierkur und wird teils durch Einatmen von den Lungen, teils direkt von der Haut aufgenommen. Je feiner nun das Quecksilber in der Salbe verteilt ist, je größer also die Gesamtoberfläche aller Quecksilberkügelchen ist, um so größer ist auch naturgemäß seine Verdunstung und seine Aufnahme in den Körper. Es wird also ceteris paribus diejenige Salbe die stärkste Quecksilberwirkung zu entfalten Aussicht haben, welche die feinste Quecksilberverteilung hat.

Ich habe mir nun aus einer Berliner Apotheke Proben von folgenden Hg-Salben kommen lassen: 50 % Fetron-, Vasenol-, Mitin-, Resorbin-Quecksilbersalbe und habe diese mit einer von mir seit 15 Jahren gebrauchten 50 % Quecksilbersalbe, deren offizinelle Salbengrundlage einen 10 %

Lanolinzusatz und eine sorgfältige Verreibung erhält, im mikroskopischen Bilde verglichen. Das Resultat ist z. Th. überraschend. Die größten Quecksilberkugeln, also die schlechteste Verreibung zeigten die Vasenol-,

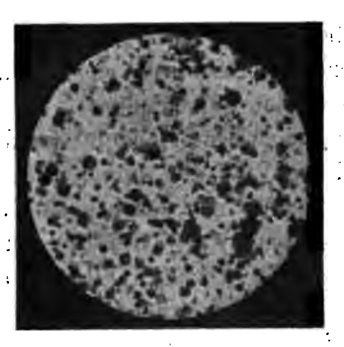


Fig. 1. Fetronsalbe.

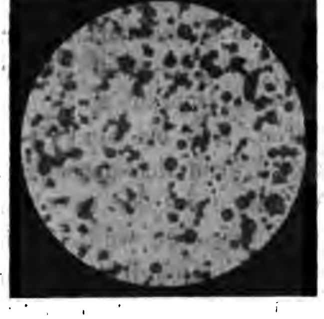


Fig. 2. Offizinelle Hg-Salbe mit 10 % Lanolinzusatz.

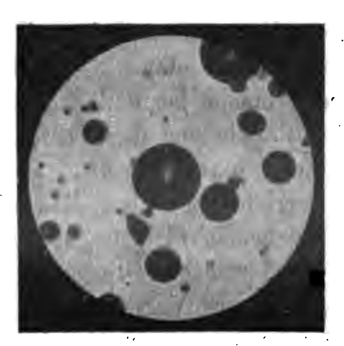


Fig. 3. Vasenolsalbe.

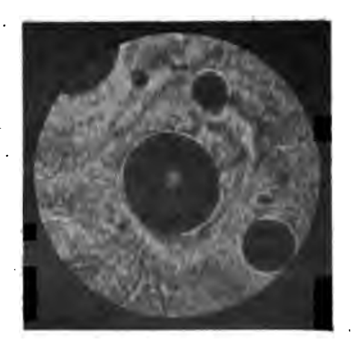


Fig. 4. Mitinsalbe.

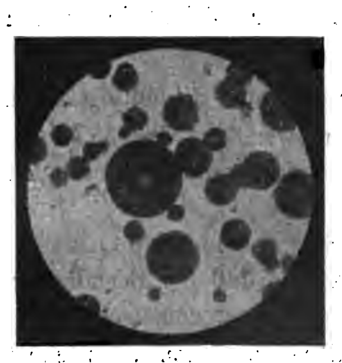


Fig. 5. Resorbinsalbe.

Mitin- und Resorbinsalben, während die von mir in Gebrauch gezogene eine wesentlich feinere Verreibung hat, die indessen noch von der Fetronsalbe übertroffen wird.

Ein Blick auf die beigegebenen Photographien (Figg. 1—5, 600fache Vergr.) wird das Gesagte bestätigen.

Danach wäre also die Fetronsalbe die beste, wie sie auch für das bloße Auge die schwärzeste ist, während die Mitinsalbe als die hellste auch die größten Quecksilberkugeln aufweist.

Eine einfache Überlegung sagt uns aber, daß nicht die Quecksilberverteilung in der Salbe vor der Inunktion, sondern nach der Inunktion

für die Beurteilung ihrer Wirkung auf den Körper ausschlaggebend ist, da durch die Inunktion eine verschiedene Quecksilberverreibung in den verschiedenen Salben stattfinden kann.

Das ist tatsächlich der Fall.

Nicht nur findet durch das Einreiben der Quecksilbersalben eine sehr starke Verkleinerung der Quecksilberkügelchen statt, sondern diese Verkleinerung ist auch bei den einzelnen Salben verschieden.

Bei der hierauf gerichteten mikroskopischen Untersuchung wurde so verfahren, daß bei einer Reihe von Patienten auf der durch vorheriges Seifenbad gründlich gereinigten und entfetteten Haut der ganzen Unterextremität je 5 g der verschiedenen Salbe solange von demselben geübten Masseur verrieben wurden, bis die Haut anfing trocken und gegen die Einreibung empfindlich zu werden, ein Zeitpunkt, der bei der Resorbin- Mitin- und Vasenolsalbe durchschnittlich in 12 Minuten erreicht wurde, während für meine und die Fetronsalbe etwas längere Zeit (18 bis 20 Minuten) nötig war.

Schabt man dann von der eingeriebenen Haut etwas Salbe ab und untersucht in dünner Schicht mikroskopisah, so findet man, daß die Salbe mit zahlreichen abgestoßenen Hornzellen untermengt ist und durchwegs eine viel feinere Quecksilberverteilung aufweist, wie vor der Verreibung, was auch ein Blick auf die beigegebenen Photogramme erweist.

Die Differenzen zwischen den einzelnen verriebenen Salben sind nicht so in die Augen springend wie bei den unverriebenen. Die ungünstigsten Resultate liefern die Vasenol- und Mitinsalbe, während die Resorbinsalbe und besonders die Fetronsalbe etwas bessere Verreibung zeigen. Die feinste Quecksilberverteilung hat die offizinelle Salbe, deren Quecksilberkügelchen so fein werden, daß die Photographie außerordentlich erschwert wird und nur unter Zuhilfenahme peinlichster Lichtabblendung möglich ist (Figg. 1a—5a, 600fache Vergr.).

Aus diesen Untersuchungen ziehe ich folgende Schlußfolgerungen:

1) Die für die Quecksilberwirkung notwendige Verkleinerung der Quecksilberkügelchen in der Salbe wird erst durch die Inunktion hervorgerufen.

2) Der Wert einer Quecksilbersalbe richtet sich nicht danach, daß sie schnell „eingerieben" werden kann, sondern daß bei Beendigung der Inunktion eine möglichst feine Quecksilberverteilung eingetreten ist.

3) Bei den sich durch eine schnellere Inunktion auszeichnenden Salben Mitin, Vasenol, Resorbin, ist die Quecksilberverreibung geringer wie bei der mehr Zeit in Anspruch nehmenden Fetron- und der offizinellen Salbe, welch letztere die beste Verreibung zeigt und danach die beste Quecksilbersalbe ist.

Den Unterschied in den Resultaten der verschiedenen Salben erkläre ich mir so: die Resorbin-, Mitin- und Vasenolsalbe werden infolge ihrer Zusammensetzung und des Wassergehaltes so rasch in die Haut inungiert,

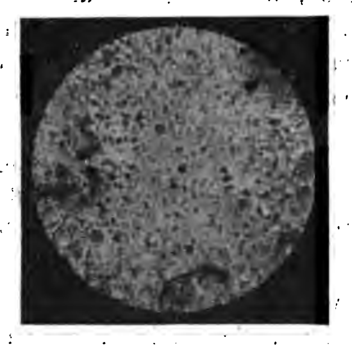


Fig. 1 a. Fetronsalbe verrieben.

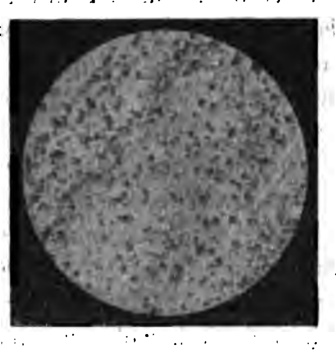


Fig. 2 a. Offizinelle Salbe verrieben.

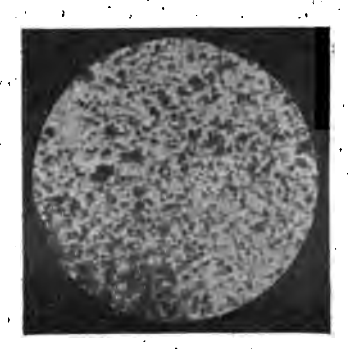


Fig. 3 a. Vasenolsalbe verrieben.

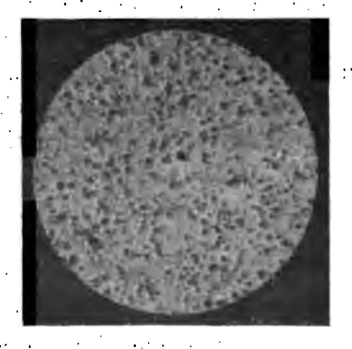


Fig. 4 a. Mitinsalbe verrieben.

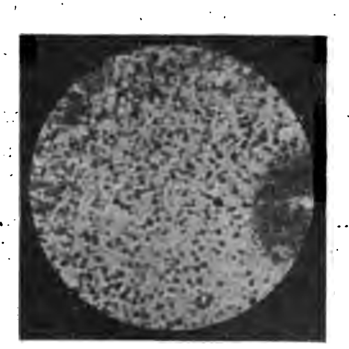


Fig. 5 a. Resorbinsalbe verrieben.

daß die Verkleinerung der Quecksilberkügelchen entsprechend der kürzeren Einreibungszeit geringer ist, wie bei der offizinellen Salbe, während die Fetronsalbe wiederum zu „fettig" ist, zu wenig in die Haut eindringt, um einen guten Reibungskoëffizienten auf der Haut abzugeben. Die Salbengrundlage der offizinellen Salbe, die vielleicht noch durch den von mir gewählten Lanolinzusatz verbessert ist, hat eine äußerst glückliche Komposition, die die Mitte zwischen den beiden Extremen — der Fetron auf der einen, der Vasenol-, Mitin-, Resorbinsalbe auf der anderen Seite hält.

Ich schließe hieran noch folgende Bemerkungen: Nach der vorhergehenden Untersuchung ist die Wahl der Salbengrundlage für eine gute Schmierkur am wichtigsten, wichtiger jedenfalls wie der Grad der Quecksilberverreibung in der unverriebenen Salbe, denn obgleich die Fetronsalbe die beste Verreibung vor der Inunktion hatte, wurde diese nach der Inunktion von der offizinellen Salbe bedeutend übertroffen. Hierbei wird vorausgesetzt, daß die Art der Inunktion gleichmäßig bei allen Salben bestens ausgeführt wird.

Für die Praxis bleibt diese beste Ausführung das Ausschlaggebende. Nur auf einer gut entfetteten und aufgelockerten Hornschicht findet die Salbe bei der Inunktion die rauhe Reibungsfläche, die eine feinste Verkleinerung der Quecksilberkügelchen ermöglicht. Deshalb ist das Seifenbad unmittelbar vor der Inunktion von so großer Bedeutung, daß ich eine Schmierkur ohne regelmäßige Bäder für durchaus minderwertig halte.

Noch einen möglichen Einwand muß ich besprechen: Man könnte vermuten, daß diese feinste Quecksilberverreibung vor der Inunktion durch den Apotheker in der Salbe vorgenommen werden könnte. Das ist irrtümlich. Selbst durch stundenlange Verreibung im Salbenmörser werden keine wesentlich kleineren Quecksilberkügelchen erzielt, wie sie Fig. 1 zeigt. Die feinste Verreibung wird eben erst auf der Haut erzeugt.

Das ist die Bedeutung und der Wert einer guten Inunktion. Je schwärzer die Haut nach der Inunktion ist, um so besser st die Quecksilberverreibung und um so größer die Quecksilberwirkung.

Wenn von Quecksilbersalben angegeben wird, daß sie sich leicht verreiben lassen und die eingeriebene Hautpartie fast farblos lassen, so ist das keine Empfehlung für die Salbe, sondern eine Diskreditierung. Auch die mit Zinnober versetzte „rote" Quecksilbersalbe behält bei gründlichem Einreiben nicht ihre Farbe, sondern wird vollkommen schwarz. Tritt das nicht ein, so ist zwar der Zweck des Zinnoberzusatzes erreicht, die Einreibung ist aber schlecht gewesen.

Die Inunktionskur ist und bleibt nach meinen Erfahrungen die wirksamste Quecksilberkur, doch muß sie sorgfältigst unter Beobachtung aller für sie in Betracht kommenden Momente ausgeführt werden: Beste Salbe, beste Beschaffenheit der Haut, beste Einreibung. Sonst taugt sie nicht allzuviel und steht in der Quecksilberwirkung jedenfalls hinter der präzisen Injektionskur zurück.

II. Übersichtsreferat.

Die parasitären Haarerkrankungen im Lichte von Sabourauds Forschungen,
besprochen von Bormann-Petersburg.

Die Frage der Haar- und Bartflechten hat noch lange nicht ihre end-

gültige Lösung gefunden, und ich glaube, daß ein Interesse für die mannigfaltigen Erkrankungsformen und divergierenden Auffassungen in verschiedenen Ländern mehr als gerechtfertigt wäre. In Frankreich, Belgien und England sind die Erkrankungen der „teignes tondantes" recht verbreitet und ihre Lehre ist, wenn auch mit kleinen Unterschieden, gang und gebe, während in Deutschland, Rußland und anderen Ländern fast nichts von der Auffassung bekannt ist und das Krankheitsbild selbst überhaupt nicht vorkommen soll.

Wir haben es mit der Trichophytie verwandten Erscheinungen zu tun. Dieselben sind klinisch von Willan im Jahre 1817 beschrieben worden. Die entsprechende Parasitologie schenkte uns Gruby in den Jahren 1841 bis 1844, doch das größte Verdienst erwarb sich durch jahrelange Arbeit zur theoretischen wie praktischen Läuterung der Frage Sabouraud-Paris, dessen Auffassung fast allgemein Anerkennung gefunden und die wir im Nachstehenden kurz wiederzugeben versuchen wollen.

Sabouraud hält sich an die folgende Einteilung der Haarflechten im allgemeinen:

1) Die „teigne tondante à petites spores" oder die Flechte der Mikrosporie;

2) die „teigne tondante à grosses spores" oder die Haarflechte des Megalosporon;

3) die Trichophytie tierischen Ursprunges oder der gewöhnliche Herpes tonsurans a) ohne entzündliche Follikulitis und b) mit Entzündung der Hautfollikeln;

4) die Favusflechte.

1) Das Krankheitsbild der Mikrosporie, das verbreiteste von allen Kinderflechten, besteht in einem zehnpfennig- bis fünfmarkstückgroßen Fleck der Kopfhaut, der ziemlich scharf begrenzt und mit weißlich-grauem trockenem Schorf bedeckt ist. Die erkrankte Stelle ist weniger behaart, als normal, enthält zwischen den gesunden Haaren kranke, die entfärbt und abgebrochen sind und sich leicht mit dem Finger epilieren lassen. Oftmals sind mehrere kranke Stellen vorhanden, dieselben fließen sehr selten zusammen. Subjective Symptome fehlen. Die Dauer ist eine sehr lange, jedoch soll die Mikrosporie, welche, wie erwähnt, bloß das Kindesalter befällt, um das 15. Lebensjahr von selbst schwinden.

Der Pilz der Mikrosporie ist der Mikrosporon Audouini, er läßt sich mikroskopisch leicht an einem kranken Haar (in Solutio kali causti. 3 : 7) demonstrieren.

Der intra- sowie extrafollikuläre Teil des erkrankten Haares ist von einer Hülle aus Sporen umgeben, die letzten sind 2—3 μ groß und fast rund, in unregelmäßiger Anordnung gegeneinander gepreßt, sie erinnern an einen Sack voll Kartoffeln oder Erbsen. Die Substanz des Haares selbst ist unberührt, durch Verschiebung der Mikrometerschraube läßt sich das letztere leicht demonstrieren. Mycelien sind schwer zu sehen.

Charakteristisch ist das Aussehen der Kultur dieses Pilzes, es stellt eine runde sternförmig ausstrahlende Figur dar, ähnlich einem weißen flaumigen seidenhaarigen Teppich, im Zentrum der Figur befindet sich die Impfstelle. Die Kultur wächst leicht bei Zimmertemperatur auf irgendeinem zuckerhaltigen Boden, z. B. aus Aqua fontana 100,0, Pepton 1,0, Glucosae 4,0, Agar Agar 1,75. Diese Mischung wird im Thermostat nicht über 120° erhitzt. Zur Impfung werden erkrankte Haare zerbröckelt und die einzelnen

Teile mittels einer Platinnadel an die nötige Stelle des Kulturbodens gebracht.

Diese bakteriologische Technik und der Boden sind für alle Flechtenpilze dieselben.

Die beschriebene Flechtenform zeichnet sich besonders durch ihre leichte Übertragbarkeit aus; Epidemien in den Kinderschulen von Paris sind durchaus nicht selten. Der erste Fleck nach der Ansteckung sitzt meistens am Haarrand, ist leicht gerötet und erhaben. An der haarfreien Haut erscheint die Mikrosporie von Gruby als breite Erythemcocarde, dasselbe Vorkommnis im Barte ist selten.

2) Die Erkrankung des Megalosporon in vielen Punkten der vorigen Affektion ähnlich, steht ihr an Häufigkeit sehr nach, vielleicht auch deswegen, weil sie für die Diagnostik nicht wenig Schwierigkeiten bietet. Es finden sich am Kopfe eine Menge kleiner erkrankter Flecke mit anhaftenden Schuppen, einer trockenen Kruste gleich. Die kranken Haare sind sehr zerbrechlich, ihr extradermaler Teil ist meistens abgebrochen und die Nachbleibsel liegen in der Hautschuppe. Die infizierten Stellen, meistens multipel, lassen sich nicht an dem Haarschwund erkennen, sondern eher am Schorf. Durch Übertragung bildet derselbe Pilz am Halse und im Gesicht rote Flecke, dieselben erleichtern die Diagnose, insbesondere bei langgewachsenen Haaren. Bei weiterer Entwickelung werden die Flecke von kleinen Bläschen umkreist. Bei Handhabung derselben mikroskopischen Technik wie bei der Mikrosporie, hat man folgende Charakteristika zu vermerken. Der Parasit ist vor allen Dingen viel größer als der vorige und außerdem schnurartig oder in regelmäßigen Ketten angereiht, natürlich trifft das nicht immer zu. Alle die Ketten, fast in paralleler Anordnung, liegen im Haarschaft drin und bilden keine Hülle, die letztere ist frei und unverändert, wir haben also einen Megalosporon endotrix vor uns. Die Kultur wächst ebenfalls auf zuckerhaltigem Boden als kreisförmige seidenhaarige Figur, jedoch mit kraterförmiger Vertiefung im Centrum an der Impfungsstelle.

Die beschriebene Mykose ist ebenfalls ansteckend, epidemisch und endemisch in den meisten Großstädten Frankreichs, befällt hauptsächlich das Kindesalter und dauert äußerst lange, das Vorkommen bei Erwachsenen ist weniger selten.

3) a) Die Trichophytie tierischen Ursprunges gibt die wohlbekannten Erscheinungen des Herpes tonsurans maculosus et squamosus auf behaarten, wie unbehaarten Partien der Haut und ist fast niemals von eitrigen Follikulitiden begleitet. Ihr entsprechen einige Trichophyta megalospora, deren Kulturen verschiedenes Aussehen haben; die eine wächst in Form eines Kegels, die andere ist auffallend violet gefärbt. Dies Krankheitsbild kommt auf Kinderköpfen viel seltener vor als das vorige, etwas öfter auf unbehaarter Haut. Es befällt oft die Nägel, die Hand- und Fußflächen.

b) Als Typus der sogen. entzündlichen Form dient das Kerion Celsi, welches ein ausgeprägtes eigenes Aussehen hat. Wir haben eine scharf begrenzte runde, etwas hervorspringende, infiltrierte Fläche vor uns, dieselbe besteht aus einem Konglomerat von Follikulitiden. Die Haare haften ganz locker oder sind sogar ausgefallen aus den eiternden Follikeln. Es bilden sich Borken und Krusten, das Ganze erinnert an einen Anthraxabsceß. Der aus dem Eiter kultivierte Pilz ist ein endo ectotrix und wird meistens vom Pferde auf den Menschen übertragen.

4) Die Anschauungen über die Favusflechte sind die wohlbekannten.

Aus dem gesagten ergibt sich ungefähr eine einheitliche Lehre der Haarflechten, welcher Sabouraud ein Prinzip zugrunde legt, das er klinisch und bakteriologisch bewiesen zu haben glaubt, nämlich: jedem klinischen einheitlichen Bilde einer Haarflechte entspricht ein ganz bestimmter Pilz mit seiner eigenen Kultur.

Die Therapie aller Haarflechten ist heutzutage eine sehr dankbare und besteht in der genauen Handhabung und Dosierung der Röntgen-Bestrahlung. Noch vor kurzem war das einzig rationelle Mittel die Epilation mit nachfolgender Desinfektion und diese barbarische Methode schlug doch meistens in 50 % der Fälle fehl.

III. Therapeutische Revue.

Von Max Joseph.

Unter der großen Reihe wertvoller neuerer Medikamente nehmen den ersten Platz die lokalen Anästhetika ein. Wir haben zwar nicht versäumt, über die einzelnen Arbeiten bald nach Erscheinen zu referieren, tragen aber noch einiges zur Vervollständigung an dieser Stelle nach.

Das **Alypin**, von den Elberfelder Farbenfabriken hergestellt, erfreut sich einer allmählich immer größeren Verbreitung. Das geht auch aus der Arbeit von Borszéky (Orvosi Hetilap. 1906. Nr. 25) hervor. Es wurde eine 1 %ige Lösung benutzt und 3—6 ccm injiziert. In keinem einzigen der mit Alypin behandelten Fälle zeigten sich irgendwelche Vergiftungserscheinungen. Die Einspritzung verursachte nur in wenigen Fällen etwas Schmerzen. Bereits 4—6 Minuten nach der Injektion trat die Anästhesie ein, die länger anhielt als bei der Verwendung von Kokain. Eine schädliche, lokale Wirkung, Gangrän, oder irgend eine andere Störung der Wundheilung wurde nicht beobachtet. Alypin wirkt kräftiger anästhetisch als andere Kokainersatzmittel, die Intensität seiner Wirkung ist ungefähr dieselbe wie die des Kokains. Trotzdem das neue Präparat weit weniger giftig ist als das Kokain, ist es doch nicht ratsam, konzentriertere Lösungen als 1—2 %ige zu gebrauchen, wegen der lokalen Gefäßerweiterung.

Über das von den Höchster Farbwerken hergestellte **Novokain** habe ich eigene Erfahrungen in diesem Centralblatte (1905, Nr. 8) von Freemann veröffentlichen lassen und auch andere Arbeiten sind bereits in diesem Centralblatte referiert worden. Es bleibt mir nur noch übrig zu berichten, daß Duhot (Extr. des Ann. de la Policl. centrale de Bruxelles) das Novokain mit größter Zufriedenheit bei der Cirkumzision, bei der Exzision von Primäraffekten, bei der Inzision von Bubonen und der Bartholinitis anwandte. Auch für die Ausspülung der Urethra posterior sowie für die Cystoskopie bewährte sich eine 2 %ige Lösung. Theod. Mayer (Dermatolog. Zeitschrift) setzt zur Syphilisbehandlung dem löslichen Sublamin als Anästhetikum Novokain hinzu, z. B.

Rez. Sublamin 0,85
Aq. dest. ad 50,0
Coque, refrigere adde
Novokain Höchst 0,5
D. i. v. fusco ampl.

Erh. Schmidt (Münchener med. Wochenschrift) injizierte zu chirurgischen Eingriffen an Zehen und Fingern zentral 3—5 ccm einer 1 $^0/_0$igen Lösung mit Zusatz von 6—8 Tropfen Suprarenin auf je 10 ccm. Eine ebenfalls 1 $^0/_0$ige Lösung verwendet er zur Exstirpation kleiner, oberflächlicher Tumoren, zur Operation von Furunkeln, kleinen Abszessen, zur Urethrotomia ext., zur Spaltung von Phimosen usw. Auch Danielsen (Ebenda) hält das Novokain für ein reizloses, schnell und intensiv wirkendes Lokalanästhetikum, bei dem keine toxischen Nebeneinwirkungen, keine Nachschmerzen, keine Reizerscheinungen oder nekrotisierende Wirkungen beobachtet wurden. Unter anderen erwies es sich als sehr brauchbar bei Phimosenoperationen, Exstirpation von Atheromen, Kankroiden usw. Schließlich ist auch Lucke (Mon. f. Harnkrankheiten u. sexuelle Hygiene. 1906. Heft 3) mit dem Novokain in der Urologie recht zufrieden und ist überzeugt, daß bei richtiger Technik jeder mit dem Mittel zufrieden sein wird.

Als Konkurrent des von den Höchster Farbwerken hergestellten und schon früher von uns besprochenen Suprarenin wird alsdann von Merck in Darmstadt das Paranephrin in den Handel gebracht. Dasselbe bewährt sich unter anderen bei vesikaler Hämaturie, wobei man einige Minuten lang die Blase mit 150 ccm einer Lösung von 1 : 10000 füllt, läßt dann die Flüssigkeit ab und spült nach. Das Paranephrin ist auch ein vorzügliches Mittel zur Cystoskopie bei vesikaler Hämaturie und bei der Operation von Blasentumoren. Tropft man nur einige Tropfen einer Lösung von 1 : 2000—1 : 3000 in die Harnröhre, so hat man in der Regel sehr guten Erfolg bei der Passage schwer zu überwindender Strikturen, ja selbst bei vollkommener Harnverhaltung und Prostatahypertrophie. Ebenso gelangt das Paranephrin zur Anwendung bei der Exstirpation von Angiomen, Lipomen usw., und zwar genügt eine Verdünnung von 1 : 10000—1 : 20000.

Das aus derselben Fabrik stammende Styptizin bewährt sich in Form von 8 Tabletten à 0,05 per os bei Morbus maculosus Werlhofii. Als lokales Hämostatikum ist es ferner in Form einer 5—10 $^0/_0$igen Lösung bei intensiven Blutungen aus der Blase zu verwenden.

Als Ersatz des Jodkalium kommt schließlich das von Fischer und v. Mering (Med. Klinik. 1906. Nr. 7) eingeführte Sajodin in Betracht. Nur ist hierbei zu beobachten, daß Jodkali dreimal soviel Jod enthält, als das Sajodin. Trotzdem konnte Koch (Therapie der Gegenwart. 1906. Heft 6) bei mehreren Patienten selbst nach geringen Dosen Sajodin Intoxikationserscheinungen beobachten. Andererseits konnte in mehreren Fällen Sajodin in größeren Dosen bis zu 3,0 pro die verabfolgt werden, ohne daß sich Jodnebenwirkungen zeigten, während die Darreichung von nur 2,0 Jodkali die Symptome des Jodismus hervorrief.

IV. Referate.

Allgemeine Pathogie und Therapie der Haut.

1) **Étude de la nutrition dans les dermatoses. III. L'urine des psoriasiques,** par L. Brocq et J. Ayrignac. (Annales de dermatologie et de syphilis. 1906. Nr. 5.)

Die Verff. suchten als Basis für ihre ausgedehnten Untersuchungen vor

allem nach einer scharfen Abgrenzung des Begriffes der Psoriasis. In klinischer Hinsicht waren die Ergebnisse des vorsichtig ausgeführten Kratzens mit dem Fingernagel (Auspitzsches Zeichen) von ausschlaggebender Bedeutung:. Abblättern geschichteter Lagen weißer, atlasglänzender Lamellen, deren unterste ein feines, aber noch weiter zerlegbares Häutchen darstellt, unter dem eine rote, glatte, glänzende Oberfläche zutage kommt, die oft punktförmige Blutungen zeigt. Diese Erscheinungen sind in ihrer Gesamtheit und in dieser Reihenfolge bei anderen psoriatiformen Affektionen nicht zu beobachten. Das Studium der täglichen Ausscheidungen von Psoriatikern, die unter verschiedenem Regime (streng vegetarischem, Milchkost, gemischter Milch-Pflanzennahrung, Fleischkost in verschiedener Abstufung usw.) gehalten wurden, ergab zunächst den Satz, daß es keinen normalen, absoluten Harnchemismus gibt, sondern nur einen normalen Harnchemismus für jedes Regime. So erklären sich die Abweichungen zwischen den Angaben verschiedener Autoren. Es wäre daher gut, wenn man sich für zukünftige Untersuchungen über ein typisches Regime einigen wollte. Auf Grund der verschiedenen urologischen Koeffizienten läßt sich eine charakteristische Harnformel der Psoriasis nicht aufstellen, wenn auch bei den verschiedenen, von dieser Affektion befallenen Individuen eine gewisse, von Fall zu Fall variierende Ernährungsstörung vorliegt, die sich in entsprechenden Abweichungen der Ausscheidung kund gibt.

Solger-Neisse.

2) **Étude sur la tension superficielle des urines dans la syphilis, dans la blennorrhagie et dans quelques dermatoses (psoriasis etc.)**, par C. Combéléran. (Annales de dermatologie et de syphilis. 1906. Nr. 4.)

Der mittlere Wert der Oberflächenspannung beträgt für den Urin bekanntlich 7 mgr. Verf. stellte sich nun die Aufgabe, zu untersuchen, ob bei Syphilis, den blennorrhagischen Affektionen und den verschiedenen Dermatosen vielleicht konstante Variationen dieses Wertes vorkommen. Ermutigend mußten auf ihn namentlich die Ergebnisse der Untersuchungen von Billard und Perrin wirken, nach welchen die Toxizität eines Urins im umgekehrten Verhältnis zu seiner Oberflächenspannung steht. Auch daß die urotoxische Krise bei verschiedenen Infektionskrankheiten mit einem Sinken dieser Spannung zusammenfällt, war von ihnen festgestellt worden. Für die Syphilis zeigte sich nun, daß ihre regulären Formen nur einen inkonstanten und schwachen Einfluß ausüben. Bei Blennorrhagien, die mit Epididymitis, Annexitis oder Arthritis kompliziert waren, ist die Spannung vermindert (6, 28—6, 67 mgr); in zwei Fällen von blennorrhagischem Erythem war sie normal. Bei Psoriasis ist die Oberflächenspannung während der Eruptionen regelmäßig vermindert, bei Lupus vulgaris und erythematosus wurde ihr Wert nicht merklich verändert gefunden.

Solger-Neisse.

3) **Sulla secrezione di grasso da parte delle ghiandole sudoripare**, pel Lombardo. (Giorn. ital. delle mal ven e della pelle. 1906.)

Sowohl die entwickelungsgeschichtlichen Beweise für das Vorhandensein von Fett in den Schweißdrüsen wie die Analogiemomente mit den Ceruminal- und Achseldrüsen, der chemische und färbetechnische Nachweis in den secernierenden Zellen sowie in den Drüsengängen — die früheren positiven Befunde werden auf Interpretations- und technische Fehler zurückgeführt — schließlich der chemische Nachweis im produzierten Schweiß und im Inhalt von Schweißdrüsencysten konnten vom Verf. nicht bestätigt werden. Er schließt aus seinen umfangreichen Untersuchungen, daß die Schweißdrüsen

des Menschen, der Katzenpfote, des Hundes, des Meerschweinchens und der Maus keinerlei Fett absondern, und daß die osmirbare fettige Substanz, welche die Schweißdrüsenausführungsgänge enthalten, von der Epidermis stammt. Diese Resultate stimmen mit den jüngsten, auf anderem Wege erhaltenen Ergebnissen einer Arbeit Linsers überein. Dreyer-Köln.

4) **Ghiandole sebacie intraepidermiche subcornee,** pel Pasini. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1906.)

An drei Teilen des Gesichtes, am Hals und an der Brust fanden sich bei einer 20jähr. Frau Talgdrüsen von normaler Gestalt und Funktion zwischen Hornschicht und malpighischer Schicht. Verf. betrachtet diese abnorme Lage als angeboren, als Naevus, um so mehr, als sich bei demselben Individuum Zurückbleiben der allgemeinen Entwickelung und andere angeborene Veränderungen fanden. Ihre Entwickelung erfolgte von der inneren Haarwurzelscheide aus, mit der sie sich zum Teil noch im Zusammenhang befanden.

Dreyer-Köln.

5) **Contribution à l'étude d'un nouvel anesthésique local l'Alypine,** par H. Anten. (Scalpel. 1906. Nr. 50.)

Mit dem neuen Lokalanästhetikum Alypin hat Verf. Versuche angestellt. Bei kleineren Operationen wie Zirkumzisionen, Exstirpationen von Atheromen, Lipomen, Cysten, vereiterten Ganglien usw. erwies sich das Mittel recht brauchbar. Aber auch für größere Eingriffe, wie die Eröffnung kalter Abscesse und Excision und Auskratzung von Fisteln reichte die Alypinanästhesie aus. Einspritzung von 2 ctgr Alypin bei gleichzeitiger Anwendung der Esmarchschen Blutleere ermöglichte die schmerzlose Exartikulation der großen Zehe. Irgendwelche störende Nebenwirkungen kamen nicht zur Beobachtung. Die geringe Giftigkeit bei zuverlässiger anästhetischer Wirkung und der relativ billige Preis sind Vorzüge, die nach der Meinung des Autors dem Alypin eine Zukunft sichern. J.

6) **Eine neue Eigenschaft der Hornsubstanz,** von Golodetz. (Monatsh. f. prakt. Dermatologie. XLIII.)

Die Versuche des Verf. ergeben, daß Phenol Hornsubstanz aufzulösen vermag. Es gelang weiterhin festzustellen, daß Resorcin, Brenzcatechin, Pyrogallol, p-Chlorphenol, Trichloressigsäure, Hydroxylamin und Chrysarobin bei der Temperatur von 160—170° Haare oder Federn auflösen und dabei, soweit sie selbst farblos sind, eine rote bis braune Färbung annehmen, daß Benzolsäure, Anilin, Phenylhydrazin, Guajacol und Kreosot Haare und Federn stark angreifen, indem letztere mehr oder minder zerfetzt wurden, ohne jedoch eine eigentliche Lösung herbeizuführen. Der Gedanke, daß die Reduktionskraft mit der Auflösung der Hornsubstanz in irgend einem Zusammenhang steht, gewinnt Wahrscheinlichkeit durch die Tatsache, daß den Oxydationsprodukten des Pyrogallols und des Chrysarobins, dem Pyraxolin und der Chrysophansäure, welche nicht reduzieren können, das Lösungsvermögen für Hornsubstanz abgeht, während Pyrogallol und Chrysarobin eine Lösung herbeiführen. Schourp-Danzig.

7) **Eine neue Methode der Haarimplantation,** von Josef Kapp. (Monatsh. f. prakt. Dermatologie. XLIII. Nr. 4.)

Die Methode basiert auf dem Kromayerschen Haarstanzverfahren. Mittels des Kromayerschen Hohlmessers entfernte Haare wurden in Hautöffnungen gebracht, welche mit einem gröberen Kromayerschen Stanzmesser geschaffen waren. Über das Operationsfeld kam ein trockener Verband, der

3 Tage liegen blieb. Ungefähr 80 % der implantierten Haare gingen an, der Rest fiel aus. Öfter auch fiel nach einigen Tagen der Haarschaft aus; die Wurzel aber trieb bald ein neues, ebenso kräftiges Haar hervor. Einen therapeutischen Wert könnte die Methode nach Verf.'s Ansicht bei manchen Fällen von Alopecia areata, z. B. wenn wenig Heilneigung zeigende kahle Scheiben in der Nackenregion sich etabliert haben, auch bei durch Bartflechten entstandenen kahlen Stellen in Schnurrbart und Vollbart, haben.

Schourp-Danzig.

Syphilis.

8) **Über Blutungen aus den weiblichen Genitalien bei Syphilis,** von Albert Dreyer. (Dermatologische Zeitschrift. 1906. August.)

Verf. ist erstaunt, daß nirgends in deutschen Schriften auf die syphilitische Ätiologie der Genitalblutungen hingewiesen wird; aus diesem Grunde referiert er die in den letzten 7 Jahren in der medizinischen Presse des Auslandes veröffentlichten Fälle von syphilitischer Metrorrhagie. Aus den Krankengeschichten geht hervor, daß eine antisyphilitische Behandlung stets von Erfolg war.

Immerwahr-Berlin.

9) **Drei Fälle von syphilitischem Fieber,** von Tebart. (Russ. med. Rundschau. 1906.)

Nach Verf.'s Erfahrung wird im Laufe der tertiären Lues zweifelsohne ein syphilitisches Fieber mitunter beobachtet. In der Entstehung des syphilitischen Fiebers spielt eine hauptsächliche Rolle das Nervensystem. Das syphilitische Fieber wird mit Jod gewöhnlich bald zum Verschwinden gebracht.

J.

10) **Über die Indikationen einer antiluetischen Behandlung der Tabes dorsalis und Paralysis progressiva,** von Hudovernig. (Pester med.-chir. Presse. 1906. Nr. 30.)

Verf. gelangt zu dem Schlusse, daß man eine antiluetische Behandlung einleiten soll, wenn seit der Infektion eine verhältnismäßig kurze Zeit (3 bis 5 bis 8 Jahre) verstrichen ist, wenn die vorhergegangene Lues ungenügend oder gar nicht spezifisch behandelt worden ist, wenn die Erkrankung des Nervensystems nicht allzu vorgeschritten und der Kräftezustand des Kranken ein entsprechender ist, wenn gleichzeitig andere syphylitische Erscheinungen nachweisbar sind.

J.

11) **Die Syphilis der Schilddrüse,** von Felix Mendel. (Med. Klinik. 1906. Nr. 32.)

Auf Grund dreier Beobachtungen von Schildrüsenaffektionen, die als Struma maligna diagnostiziert waren und sich als syphilitisch erwiesen, bespricht Verf. die pathologisch-anatomischen und die klinischen Erscheinungen der Schildrüsensyphilis. Diese kommt im Spätstadium sowohl bei kongenitaler, wie bei akquirierter Syphilis vor in der Form von zirkumskripten Gummiknoten als Teilerscheinung der viszeralen Syphilis und als Thyreoiditis interstitialis. In dem einen histologisch genau untersuchten Fall, in dem sich auch andere Zeichen von Lues fanden, handelte es sich um eine Neubildung im rechten Schildrüsenlappen, die peripher aus einem fibrös entarteten Parenchym bestehend, in das spärlich erhaltene Drüsengewebe strahlenartige Züge entsendet, im Centrum strukturloses Gewebe mit herdförmigen Rundzelleninfiltraten und eingelagerten Riesenzellen bei Fehlen von Tuberkelbazillen, sowie charakteristische Veränderungen an den Gefäßen aufweist, die zur Ver-

ödung derselben und fibröser Entartung führen. Klinisch manifestiert sich die Affektion durch die Bildung großer, harter, großhöckeriger Tumoren, die schmerzlos sind, aber Schluck- und Atembeschwerden hervorrufen können und sich — bei Frauen häufiger als bei Männern — nur in bereits krankhaft veränderten Schilddrüsen entwickeln. Im Gegensatz zur Struma maligna entwickelt sich die syphilitische Struma langsam, schmerzlos, sie verwächst nicht mit der umgebenden Haut und macht keine Metastasen. Tuberkulose ist durch den Verlauf, die geringe Neigung zum Zerfall und den Mangel an Tuberkelbazillen auszuschließen. F. Biberstein-Gleiwitz.

12) **Einige Mitteilungen über die praktisch-diagnostische Verwertbarkeit der Untersuchung auf Spirochaete pallida,** von Julius Heller und Lydia Rabinowitsch. (Medizin. Klinik. 1906. Nr. 28.)

Das von Heller ausgewählte geeignete Material wurde von Rabinowitsch zur Garantierung absoluter Objektivität ohne vorherige Kenntnis des Falles und der Diagnose untersucht. So gelangten syphilitische Erscheinungen aller Stadien, Trippereiter, Buboneneiter, Pockenlymphe u. a. mit Benutzung der Giemsa-Färbung zur Untersuchung. Es ergab sich jedenfalls, daß da, wo klinisch eine nichtsyphilitische Affektion vorlag, Spirochäten nie gefunden wurden. Andererseits blieben sorgfältig hergestellte und untersuchte Präparate von syphilitischen Manifestationen ohne positiven Befund. Der hohe Prozentsatz (98 %) positiver Resultate in anderen Statistiken erklärt sich daraus, daß in Kliniken im Falle negativen Befundes an einer Reihe von Präparaten neue Präparate hergestellt wurden, bis ein positiver Befund erzielt wurde. Daher dürfte für die praktische Diagnostik, bei der die letztgenannte Art der Untersuchung nicht eben in Betracht kommt, die etwa in einem bakteriologischen Institut auszuführende Untersuchung von Kratz-, Reizserum- und Saugsaftpräparaten nicht verwertbar sein. F. Biberstein-Gleiwitz.

13) **Allgemeine Bemerkungen über die Therapie der Syphilis,** von Ernst Türk. (Medizin. Klinik. 1906. Nr. 15.)

Zur Vorbeugung gegen Rezidive auf lange Zeit hinaus und zu ihrer Bekämpfung bei ihrem ersten Auftreten ist vor allem eine exakte Allgemeinbehandlung vorzunehmen. Die lokale Behandlung ist schädlich, insofern als sie wegen der vermeintlichen Ausheilung zur Abkürzung der allgemeinen Behandlung veranlaßt, während der Krankheitsprozeß doch nicht zum Stillstand gekommen ist. Die lokale Therapie durch Ätzmittel ist höchstens angebracht bei Geschwüren progredienten Charakters, da die Allgemeinbehandlung zu langsam wirkt, um ein Fortschreiten des Geschwürs zu verhindern. Die Behandlung durch Injektionen löslicher Hg-Salze ist der Inunktionskur und der Injektionskur mit unlöslichen Salzen vorzuziehen, das Jod hat seinen Platz besonders als Nachkur. F. Biberstein-Gleiwitz.

14) **Die Silbertherapie der Syphilis,** von Justin Karlinski. (Heilkunde. 1906. Juni.)

Exulzerierte kutane und subkutane Gummata wurden mit Itrollösung gereinigt und nach Einlegen von 2—3 Tabletten Collargol āā 0,05 mit einem Collargolpflaster verschlossen. Trotzdem die Patienten während der Zeit absolut kein anderes Mittel bekamen, dauerte der Heilungsvorgang, selbst wenn zahlreiche tiefgreifende Geschwüre vorhanden waren, bei dreimaligem Verbandwechsel nur 21 Tage unter Bildung einer glatten Narbe, während mit Jodkali und Quecksilberpflaster behandelte Parallelfälle in keinem Fall vor 7 Wochen geheilt werden konnten. Amende-Steglitz.

15) **Die Behandlung der Syphilis mit Mergal, einem neuen Antiluetikum,** von S. Boss. (Medizin. Klinik. 1906. Nr. 30.)

Mergal, von Riedel hergestellt, ist Quecksilberoxyd, gebunden an eine im Organismus normal vorhandene Säure, die Cholsäure, und wird in weichen Kapseln, von denen jede 0,05 cholsaures Quecksilberoxyd und 0,1 Albuminum tannicum enthält, nach der Mahlzeit 3mal täglich zu einer Kapsel, steigend bis 3mal täglich zu je 2 Kapseln per os verabreicht. Es erfüllt die Hauptforderung, dem Körper möglichst genau bestimmbare Mengen Quecksilbers einzuverleiben, ohne dem Organismus Schaden zuzufügen. 3—4 Wochen nach Verabreichung der letzten Dosis ist Hg nicht mehr im Urin nachweisbar. Verf. hat mit dem Präparat 20 frisch Infizierte mit sekundären Erscheinungen zum überhaupt ersten Male und 10 Altinfizierte sowie einen Fall von hereditärer Syphilis mit gutem Erfolge behandelt. Für die erste Kur empfiehlt sich eine 10—12 wöchige Behandlung mit einer Gesamtmenge von 20—25 g Quecksilberoxyd neben der üblichen Lokalbehandlung mittels Streupulver und Salben. Besonders dürfte die Mergaldarreichung zur chronich intermittierenden Behandlung und bei parasyphilitischen Erkrankungen geeignet sein, während schwere oder lebensgefährliche Symptome eine mehr energisch wirkende Kur indizieren.

F. Biberstein-Gleiwitz.

16) **Über schmerzlose subkutane Quecksilbereinspritzungen,** von G. Hirsch. (Medizin. Klinik. 1906. Nr. 9.)

Der Vorzug des Akoins, keine Nebenwirkungen hervorzurufen und eine mehrere Stunden währende Anästhesie zu bewirken, legte den Gedanken nahe, es zu Hg-Injektionen zu benutzen. Der chemischen Fabrik von Heyden gelang es, eine beständige, von Trübungen freie Lösung von Hg-Oxycyanatum und Akoin herzustellen, die 1,0 % des ersteren und 0,5 % des letzteren enthält. Verf. hat mit 2—4 täglichen Injektionen von 1—1½ ccm des Präparates 20 Fälle mit befriedigendem Erfolge behandelt. Die Injektion muß tief genug in das lockere Unterhautzellgewebe geschehen. Bei regelrechter Anwendung blieben Schmerz und Knotenbildung aus.

F. Biberstein-Gleiwitz.

17) **Syphilitische und hysterische Pseudoosteomalacie,** von Schlesinger. (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 1.)

Verf. schildert eingehend seine Beobachtungen bei einem 41jährigen Patienten, welcher mehrere der wichtigeren Symptome der Osteomalacie aufwies, jedoch nicht an dieser Affektion, sondern an Syphilis litt, und dessen Beschwerden auf eine kombinierte Quecksilber-Jodbehandlung prompt zurückgingen. Der Fall lehrt, daß die Syphilis einen der initialen Osteomalacie in bezug auf Knochenmuskelerscheinungen und Reflexe recht ähnlichen Symptomenkomplex (ohne Haut- und Schleimhautaffektionen) hervorrufen kann, der unter einer spezifischen Behandlung verschwindet. In dem vorliegenden Falle waren Asymmetrie der Erscheinungen, das Überspringen des Rumpfskeletts, die erheblichen nächtlichen Exazerbationen, fühlbare, nicht der Osteomalacie entsprechende Knochenveränderungen besonders auffallend. Des weiteren gibt Verf. die Krankheitsgeschichte einer 62jährigen Hysterischen wieder, welche einen Symptomenkomplex darbot, der leicht zur Fehldiagnose Osteomalacie führen konnte.

Schourp-Danzig.

18) **Experimenteller Beitrag zur Kritik der Siegelschen Syphilisübertragungsversuche auf Tiere,** von Wechselmann. (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 6.)

Verf. hatte Gelegenheit, die von Dr. J. Siegel mit Erfolg geimpften Affen zu sehen; er stellte sich die Frage, ob nicht die bloße Einverleibung von Kaninchenblut auf niedere Affen geeignet ist, die von Siegel beschriebenen Effekte hervorzurufen und injizierte einem Macacus etwa 3 ccm Blut, welches frisch aus der Jugularis eines nicht mit Syphilis behafteten Kaninchens entnommen war, unter die Bauchhaut. Nach etwa 20 Tagen zeigte der Affe an den Fingern, am Handteller nnd am linken Augenwinkel schwarze Infiltrate, welche den von Siegel als Affensyphilis beschriebenen identisch oder mindestens sehr ähnlich waren. Dieser Fall beweist, daß durch subkutane Einverleibung von Kaninchenblut bei niederen Affen Erscheinungen hervorgerufen werden können, welche entweder als Folgen der Einverleibung artfremden Blutes oder als Mitübertragungen besonderer Kaninchenblutparasiten aufzufassen sind. Die Siegelschen Versuche würden also erst dann beweiskräftig sein, wenn in einwandfreien Vorversuchen die Wirkung festgestellt wird, welche die Einverleibung von Kaninchenblut oder von einer Nierenblutemulsion des Kaninchens auf niedere Affen ausübt. Schourp-Danzig.

19) **Ein Fall von Speicheldrüsenentzündung**, von Otto Vehse. (Inaug. Dissertation. Leipzig 1906.)

Es handelt sich um einen 32jähr. Handlungsgehilfen, der sich $3^1/_2$ Monate vorher syphilitisch infiziert hatte. Nachdem dieser längere Zeit von einem Kurpfuscher erfolglos behandelt worden war, begann er auf spezialärztliche Verordnung mit einer Inunktionskur (4 g Ungu. cin. pro die), welche schon nach 3 Tagen zu einer Stomatitis führte. Nach mehrtägigem Aussetzen der Hg-Behandlung ging jene zurück. Ein zweiter Versuch hatte dasselbe Resultat. Nach 3 wöchentlichem Pausieren mit Hg entstand eine entzündliche Schwellung beider Parotiden und beider Gland. submax. Eine neu einsetzende Inunktionskur verschlimmerte diesen Zustand, in welchem er in das Krankenhaus aufgenommen wurde. Zugleich bestanden noch deutlich sichtbare Überreste eines maculo-papulösen Syphilides. Die Speicheldrüsenanschwellung wuchs und fluktuierte an zwei Stellen. Nach Inzision entleerte sich ein milchig gelber, fötider, flüssiger Eiter. Unter nunmehr angewandter Hg-Behandlung ging die Anschwellung der beiden Parotiden zurück, während die Gland. submax. noch 4 Monate nach der Entlassung vergrößert waren. Verf. folgert aus diesem Verlauf, daß es sich um einen der seltenen Fälle von syphilitischer Speicheldrüsenentzündung gehandelt habe. G. Trautmann-München.

20) **Die neuere ätiologische und experimentelle Syphilisforschung**, von E. Finger. (Wiener med. Presse. 1906. Nr. 18.)

Verf. gibt einen historischen Überblick der Syphilisforschung und streift auch die Geschichte der anderen venerischen Erkrankungen, indem er betont, wieviel schwieriger sich die Feststellung des Krankheitserregers bei der Syphilis als bei Ulcus molle und Gonorrhoe gestalte. Von den verschiedenen Mikroorganismen, welchen bereits eine Pathogenität für Lues zugeschrieben wurde, erkennt Verf. den Schaudinnschen Spirochäten die größte Wahrscheinlichkeit zu. Außer der Tatsache, daß diese Bazillen stets nur in syphilitischen Produkten gefunden wurden, fällt auch ihr Vorkommen bei mit Syphilis geimpften Affen schwer ins Gericht. Verf. bespricht sodann die Impfmethode und die Krankheitssymptome der Affen, wobei er die afrikanischen Affen geeigneter für Experimente hält als die asiatischen und rät eine künftige, diesbezügliche Expedition nach Afrika anstatt nach Ostindien zu senden. Bei niederen Affen haftete das Virus erst bei reichlicher Zuführung in tiefere

Skarifikationen und erzeugte auch dann nur Primäraffekte, während höhere Affen bereits 8—10 Wochen nach einem einfachen Impfstich auch sekundäre Exantheme aufwiesen. Die hohe praktische uud theoretische Bedeutung der Übertragbarkeit der Lues auf Affen leuchtet ein. Zu den praktischen Fragen, welche bereits auf dem Wege dieser Tierexperimente aufgeklärt wurden, gehört der Nachweis der Kontagiosität der tertiären Erscheinungen und der Kontagiosität des Spermas. Ob sich diesen diagnostischen Erfolgen auch therapeutische in Gestalt von Serum- oder Vaccinemethoden anschließen werden, ist zurzeit noch nicht vorauszusagen. J.

21) **Su di un nuovo reperto batteriologico osservato con costanza in alcuni sifilomi primari ulcerati (bacterium syphilomatis ulcerosi)**, per R. de Luca et O. Casagrandi. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1906. Fasc. I.)

Aus dem Blut von Syphiliskranken mit ulcerierten Primäraffekten, das von den Verff. durch Punktion oder Exzision dieser Affekte gewonnen war, wurde regelmäßig (7 mal) ein Bazillus isoliert, der weder im peripheren Kreislauf derselben Kranken noch in nicht ulcerierten Primäraffekten oder in Sekundär- oder Tertiärprodukten gefunden wurde. Die Kulturen dieses Bazillus, den die Verff. selbst mit Wahrscheinlichkeit mit den Joseph-Piorkowskischen Syphilisbazillen identifizieren, wurden von dem Blute solcher Kranken, die ulcerierte Sklerosen hatten, agglutiniert, dagegen nicht vom gesunden Blute oder von Tieren, die mit dem Filtrate von Primär-, Sekundär- oder Tertiärprodukten geimpft waren, Impfversuche an Tieren und am Menschen schlugen fehl. 2 Affen erkrankten nach der Impfung, ohne Zeichen von Syphilis davonzutragen. Auch die Widerstandsfähigkeit dieser Bazillen gegen äußere Einflüsse und ihr Passieren der Berkefeldfilter unterschied sie von syphilitischem Virus. Die Verff. supponieren einen Zusammenhang dieses Bacterium syphilomatis ulcerosi, wie sie es benennen, mit der Ulceration der Primäraffekte und vielleicht auch mit destruktiven Formen der syphilitischen Erkrankung. Dreyer-Köln.

Krankheiten des Urogenitalapparates.

22) **Precocité et impuissance sexuelle**, par Féré. (Annales d. malad. d. org. genit.-urin. 1906. S. 111.)

Der Pat. war, als er Verf. konsultierte, 32 Jahre alt. Seit seinem dritten Lebensjahre hatte er wollüstige Erektionen. Dieselben entstanden ausschließlich, wenn er in Gesellschaft einer gleichalterigen Jugendgespielin, seiner Cousine, war, oder wenn er sich diese Gesellschaft wachend oder träumend vorstellte. Bis zum 6. Jahr wohnte er am selben Ort; vom 6.—17. Lebensjahr traf er nur von Zeit zu Zeit mit diesem Mädchen zusammen. Als er, 17 Jahre alt, endlich zu dem mannhaften Entschluß sich durchgerungen hatte, der Angebeteten seine Liebe zu erklären, erhielt er die Einladung zu ihrer Hochzeit. Von diesem Augenblick an war sein sexuelles Leben ein verfehltes; niemals in seinem Leben ist es ihm gelungen, den Beischlaf auszuführen, trotzdem gefällige Freunde und Freundinnen ihm die allerbeste Gelegenheit schufen, trotzdem er kaum einen anderen Wunsch schließlich auch hatte, als den, seine Männlichkeit zu betätigen, und trotzdem die verschiedensten Ärzte all ihre Kunst an ihn gewandt hatten. Wenn er geistig arbeitet, und sich so gänzlich der sexuellen Sphäre entrückt, geht es ihm gut; aber er rafft sich selten dazu auf. Somatisch, insbesondere genital, ist er vollkommen gesund;

die mit der Impotenz vergesellschaftete Neurasthenie äußerst sich vorwiegend in Arbeitsunfähigkeit, Menschenscheu, Anklagen gegen die, welche angeblich den Ruin seines Lebensglückes verschuldet hätten, und in Selbstmordgedanken. 6monatliche tonisierende Allgemeinbehandlung bei strikter Vermeidung jedweder genitalen Therapie heilte die Neurasthenie; aber früher ein verzweifelter Impotenter, ist er jetzt ein resignierter Impotenter geworden. Verf. knüpft an diese Beobachtung einige Betrachtungen, die davon ausgehen, daß die Eltern dieses Impotenten in unglücklicher Ehe gelebt hatten; er verficht die Ansicht, daß erzwungene oder durch Excitantien künstlich herbeigeführte Kohabitation degenerierte Nachkommen hervorbringen. Er teilt zur Stütze uns einige Erfahrungen der Praxis und einige Tierversuche mit; die bei Tieren durch Strychnin, Kanthariden, Phosphor bewirkten Erektionen führten nie zu einer Kohabitation. Gegenüber den Empfehlungen des Yohimbin gegen psychische Impotenz ist er gespannt darauf, die etwaigen Produkte einer durch Yohimbin ermöglichten Zeugung kennen zu lernen. Goldberg-Cöln/Wildungen.

23) **Zur Behandlung der entzündlichen Erkrankungen der oberen Harnwege,** von Meyer. (Therapeutische Monatshefte. 1906. Nr. 3.)

Als wesentlichste Punkte bei der Behandlung schwerer Erkrankungen der Harnwege in ihren oberen Abschnitten stellt Verf. auf: rege Durchspülung durch den Genuß reizloser Flüssigkeiten (Milch, Mineralwässer), Ausschalten der Bildung reizend oder toxisch wirkender Stoffe im Darm durch Weglassen der Fleischnahrung, durch regelmäßige tägliche Darmauswaschung mittelst Lösungen von Mittelsalzen in Form der Bitterwässer oder des Sanosals, und Darreichen von Helmitol von 4—6 pro die. Die symptomatische Behandlung — Bäder, Blutentziehungen, Narkotika — richtet sich von Fall zu Fall.
Schourp-Danzig.

24) **A case of hysterical anuria,** by E. Garceau and J. W. Courtney. (American Journ. of Urology. 1906. Januar.)

Die 30 Jahre alte Patientin, welche seit ihrer Jugend an nervös-hysterischen Erscheinungen litt, die sich nach einer Schädelinfraktion verschlimmerten, erkrankte vor zwei Jahren im Anschluss an einen Straßenunfall an einem eigentümlichen Symptomenkomplex, bei welchem neben Anurie bzw. Oligurie unstillbares Erbrechen, Ödeme an dem Gesicht und den Extremitäten, Neuralgien, Herzpalpitationen, öfters auch Hämaturie bestanden. Diese Erscheinungen traten anfallsweise auf und wiederholten sich oft. Der kystoskopische Befund, die Untersuchung des Urins, des Nervensystems usw. ergab kein objektives Zeichen für eine organische Erkrankung; da ferner die Patientin, welche während der Anfälle einen sehr elenden, ja moribunden Eindruck machte, sich auffallend schnell stets wieder erholte, nahmen die Verff. das Bestehen einer hysterischen Erkrankung an. Sie besprechen ausführlich die Differentialdiagnose gegen Nierentuberkulose, Nierensteine, kongenitale Nierenatrophie, Karzinom usw. und berichten eingehend über ähnliche Fälle aus der Literatur, besonders über die verschiedenen hysterischen Formen der Anurie, Hyperemesis, Albuminurie, Hämaturie, Ödembildung, welche entweder für sich oder kombiniert zur Beobachtung kamen. Schiftan-Berlin.

25) **New instrument — an improved Urethrotome,** by W. E. Washburn. (Cincinnati Lancet-clinic. 1906. Januar.).

Verf. erzielte ausgezeichnete Erfolge bei Urethralstrikturen mit einem verbesserten Urethrotrom, dessen anschauliche Abbildung der Arbeit beigegeben ist. Ein filiformes Bougie wird durch die Striktur bis in die Blase ein-

geführt, ein besonders konstruiertes Messer sodann an der entsprechenden Stelle des Instrumentes befestigt und die Striktur dilatiert. Ein Vorzug des Instrumentes ist, daß es sich ohne jede unnötige Reizung herausnehmen läßt. Äußerste Asepsis und trockene Aufbewahrung des Apparates ist selbstverständlich geboten. J.

26) **Remarks on renal calculus,** by E. Garceau. (American Journ. of Urology. 1906. März.)

Verf. bespricht die Irrtümer, die bei der Diagnose von Nierensteinen vorkommen. Nierentuberkulose und Tumoren geben auf dem Röntgen-Bilde auch Schatten; so wurden in einem Falle auf Grund der Röntgen-Photographie Nierensteine angenommen, bei der Operation aber Karzinom gefunden. Wichtig ist es, bei der Röntgen-Aufnahme die Ureteren in ihrem ganzen Verlaufe zu durchleuchten. Lumbarneuralgien mit Ureteritis oder Pyelitis, Hysterie mit Hämaturie oder der nicht so seltenen temporären Anurie, bei der meist vikarielles Erbrechen besteht, sind bei sorgfältiger klinischer Beobachtung von Nephrosklerosis wohl zu unterscheiden. Soll behufs mikroskopischer Untersuchung besonders auf Blut der Urin aus beiden Nieren getrennt gewonnen werden, so sind die Ureterenkatheter, welche sehr häufig minimale Verletzungen machen, sowie die Apparate von Harris oder Luys nicht anzuwenden, sondern das Kystoskop von Kelly, mit welchem aus jeder Ureterenöffnung die Urintropfen getrennt aufgefangen werden können. Bei einer Wöchnerin mit schwerer Nierensteinkolik inzidierte Verf. das vordere Scheidengewölbe, drängte das Peritoneum zurück, evertierte mit der Fingerspitze das Ligamentum latum und wälzte den Stein bis zur vaginalen Wunde herab, wo er durch eine kleine Inzision entfernt wurde; nach angelegter Naht erfolgte primäre Heilung ohne Fistelbildung. Schiftan-Berlin.

V. Therapeutische Notizen.

Alopecia pityrodes:

1) Rez. Kalii carbonici
Natr. carbonici ana 15,0
Sapon. domest. pulv. 70,0
Aq. Rosar. 100,0

(Lassar, Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 27.)

J.

Brandwunden:

2) Rez. Zinkperhydrol 5,0
Ungt. Lanolini ad 50,0

(Wolffenstein, Therapeut. Monatsh.)

J.

Lues:

3) Rez. Hydrarg. bijodat. rubr. 0,1
Kalii jodat. 8,0
Solv. in decoct. Sassaparill. 150,0
Syr. simpl. 30,0
S. 3mal tgl. ein Eßlöffel.

(Ricord.)

J.

Pruritus:

4) Rez. Anaesthesini Ritsert 25,0
Lanolini 250,0
M. f. ungt.
(Freund, Therapie der Gegenwart. 1906. Juni.)

J.

VI. Vereinsberichte.

IX. Kongreß der Deutschen Dermatolog. Gesellschaft in Bern vom 12. bis 14. September 1906.

(Berichterstatter: Dr. Flügel-Wiesbaden.)

Der IX. deutsche Dermatologenkongreß stand im Zeichen derjenigen Fragen, die sich zurzeit im Mittelpunkt des Interesses und der Forschung auf dem Gebiete der Dermatologie befinden. Es sind dies die experimentelle und ätiologische Forschung der Syphilis, die in den letzten Jahren einen so ungeahnten Aufschwung genommen haben. Die einschlägigen Referate waren von berufener Seite übernommen worden, von Neisser und Metschnikoff auf der einen, von E. Hoffmann auf der anderen Seite. Da ein Teil ihrer Ausführungen bereits durch die verschiedenen Veröffentlichungen bekannt sind, kann ich mich auf die Mitteilung der weniger bekannten und neueren Forschungsergebnisse beschränken.

A. Neisser, Über den derzeitigen Stand der experimentellen Syphilisforschung. Auch Vortr. ist es gelungen, nach dem Vorgange von Bertarelli durch Überimpfung von Syphilisvirus auf die Cornea des Kaninchens Erscheinungen zu erzeugen, die vollkommen der Keratitis parenchymatosa gleichen, wie von ophthalmologischer Seite bestätigt wurde; eine Weiterimpfung auf Affen ist ihm bisher nicht geglückt. Die Entdeckung der Spirochaete pallida bedeutet deshalb einen großen Fortschritt, da man erst jetzt die Impfprodukte durch ihren Nachweis sicherstellen kann. Es scheinen qualitative Differenzen des Syphilisvirus vorzukommen, doch ist ein Unterschied im Impferfolg sicher meist durch die verschiedene Virusmenge bedingt. Auch die Disposition der Impftiere ist wichtig. Auf unverletzter Haut oder Schleimhaut ist eine Infektion nie zu erzielen gewesen, wodurch die bisherige Annahme, daß der Syphiliserreger zum Eindringen in den Körper einer Epidermisläsion, wenn auch noch so geringfügiger Natur, bedarf, als richtig erwiesen worden ist. Weder auf subkutanem, noch intravenösem Wege ist eine Infizierung möglich, wie aus dem positiven Ergebnis der Reinokulation hervorgeht. Ein wichtiges, praktisches Ergebnis hat die experimentelle Forschung bereits gehabt in der Feststellung der Infektiosität der tertiären Lues und der daraufhin erneut unternommenen Suche nach der Spirochaete pallida in diesen Formen, die endlich, und zwar in sehr geringer Menge, gefunden wurde, wie es Jadassohn bereits vor Jahren auf Grund theoretischer Erwägungen vermutet hatte. Bei der Überimpfung von Produkten der Lues maligna ergab sich keine Differenz im Erfolg, so daß es sich bei dieser Form der Syphilis weniger um eine besondere Malignität des Virus, als um eine besondere Disposition des betr. Individuums handelt. Die Blutüberimpfung gelang zwar, aber verhältnismäßig selten. Sowohl mit Sperma als mit Meningealflüssigkeit konnten Infektionen erzielt werden. Trotzdem nur bei den höheren Affen

Sekundärerscheinungen auftreten, bei den niederen aber niemals, besteht kein Unterschied in der Generalisation des Virus, denn man kann mit vielen Organen niederer Affen weiterimpfen. Die Tatsache, daß solche Tiere, die mit menschlicher Syphilis geimpft waren, infektiösere Organe hatten, als diejenigen, bei denen das Virus verschiedene Tierpassagen durchgemacht hatte, ist vielleicht als eine Abschwächung desselben aufzufassen. Auch die Diagnostik hat einen Fortschritt zu verzeichnen, indem es jetzt möglich ist, eine latente Lues durch Überimpfung von Drüsensaft sicher zu stellen. Endlich kam Vortr. auf seine Versuche über Serodiagnostik zu sprechen, die er gemeinsam mit Bruck unternommen hat, und ist überzeugt, daß mit ihr etwas geleistet werden kann. In 213 Fällen von Syphilis gelang es 159 mal, also in 77 %, eine Reaktion zu erzielen, und zwar mit Extrakten von menschlichen und tierischen Organen, von hereditärer Lues, Gummen und dem Gehirn eines Paralytikers. Mit Extrakten von gesunden Organen stets negatives Resultat. In allen Fällen von zweifelhaften Ulcera, wo sich die Reaktion einstellte, trat später sichere Syphilis auf. Auch Präventivversuche hat Vortr. angestellt; seine Resultate stimmen nicht ganz mit denen von Metschnikoff überein. Während es ihm gelang, mit Sublimat und Arg. nitr. 1,0 : 1000,0 eine Infektion zu verhüten, war dies mit Ung. cin. und 10 %iger Kalomelsalbe nicht der Fall.

Metschnikoff ist der Ansicht, daß eine Abschwächung des Syphilisvirus wohl erzielt werden könne durch fortgesetzte Passage durch niedere Affen. Nach der Passage durch einen Schimpansen wird es wieder hochvirulent. Was die Präventivversuche anbetrifft, so betont er, daß eine 10 bis 20 %ige Kalomelsalbe unwirksam sei, daß jedoch eine 25—30 %ige Salbe 1—2 Stunden nach der Impfung eingerieben mit Sicherheit den Ausbruch der Syphilis zu verhüten imstande sei. Auch neuere Versuche hätten seine älteren durchaus in diesem Sinne bestätigt. Bekanntlich hat M. diese Versuche bereits auf den Menschen ausgedehnt.

Finger macht eingehende Mitteilungen über seine schon im Archiv für Dermatologie veröffentlichten Superinfektionen. Bei primärer Syphilis gelangen dieselben in 89 %, bei sekundärer in 60 %, bei tertiärer in 85 % der Fälle. Bei letzteren gibt es keine Inkubation; es entwickelt sich unmittelbar nach der Impfung ein Erythem. Die Annahme einer Hautimmunität nach Eintritt der Verallgemeinerung der Syphilis muß also fallen gelassen werden. F. führt seine von den übrigen Autoren abweichenden Resultate auf die von ihm befolgte Impftechnik zurück.

Ehrmann erwähnt, daß er die Abklatschpapeln nicht für einfache Reizungen, sondern für richtige Infektionen hält.

Hoffmann hat gefunden, daß die Inkubation desto kürzer ist, je spirochaetenreicher das Impfmaterial ist. Mit Blut hat er 3 mal positive Resultate erzielt, in einem Falle 5 Wochen nach Auftreten des Primäraffekts, kurz vor Ausbruch der Roseola. Auch mit Drüsenpunktionssaft bei latenter Lues erhielt er Impfschanker beim Makaken.

Hoffmann, Über den derzeitigen Stand unserer Kenntnisse von der Ätiologie der Syphilis. Während Neisser seinen Vortrag mit einer Huldigung des Mannes beginnen konnte, der auf dem Gebiete der experimentellen Syphilisforschung bahnbrechend gewirkt hat, mußte der Vortragende mit einem Nachruf auf den Forscher beginnen, dessen scharfes Auge das Dunkel, das so lange über der Ätiologie der Syphilis geruht,

durchdrungen hatte. Schon der Präsident Jadassohn hatte bei der Eröffnung des Kongresses Schaudinns gedacht, von dem er, ohne sich einem Widerspruch von Seiten der Versammlung aussetzen zu müssen, sagen könne, daß er uns die Kenntnis des Syphiliserregers verschafft habe. Vortr. gibt einen Überblick über die Geschichte der Entdeckung und die Entwickelung der Kenntnis der Spirochaete pallida, wie sie noch in aller Erinnerung ist. Er bespricht dann die biologischen Verhältnisse, soweit sie bis jetzt bekannt sind. Beim Eindringen in den Körper gelangen die Spirochaeten in die Lymphspalten des Papillarkörpers, dringen von da in die Bindegewebsspalten ein, vermehren sich daselbst und um die Kapillaren. Früh findet man sie auch in den Nerven. In breiten Kondylomen und Plaques muqueuses wandern die Spirochaeten fischzugartig aus den tieferen Schichten in die höheren, so die große Infektiosität dieser Effloreszenzen erklärend. Die Kenntnis des Syphiliserregers ist bereits von größter, praktischer Bedeutung geworden, so bei ganz jungen, klinisch noch nicht diagnostizierbaren Primäraffekten, bei Lues latens, wo er in den vergrößerten Drüsen nachgewiesen wurde, bei Nephritis luetica, wo er sich im Urinsediment fand. Besonders ist auch die pathologische Anatomie gefördert worden, desgleichen die experimentelle Forschung, da es erst jetzt möglich ist, Impfprodukte oder sonstige Effloreszenzen als luetisch zu verifizieren.

Herxheimer hat in 5 Fällen von Lues maligna Spirochaeten gefunden, die sich in keiner Weise von anderen unterschieden. Er hält eine geringere Widerstandsfähigkeit des Körpers gegenüber dem Virus für die Ursache des malignen Verlaufes. Er glaubt, daß die Spirochaeten weder zu den Protozoen noch zu den Bakterien zu rechnen sind, sondern eine Zwischenstufe darstellen.

Doutrelepont hat einzelne Spirochaeten in tertiären Fällen sowohl im Ausstrich, wie im Schnitt gefunden, und zwar in den Randpartien der Gummen.

Ehrmann fand, daß das Infiltrat, welches in Primäraffekten die Nerven des subkutanen Gewebes umgibt, mit zahlreichen Spirochaeten durchsetzt ist, ebenso finden sie sich im Perineurium und zwischen den Nervenfasern selbst. Er hält es für möglich, daß die Spirochaeten in den Nerven bis ins Rückenmark ascendieren, und empfiehlt sorgfältige Behandlung des Primäraffektes, auch mit subkutanen Injektionen, um der Tabes vorbeugen zu können.

Blaschko fand Spirochaeten in einem 16 Jahre alten Fall von Lues (vgl. Medizinische Klinik. 1906. Nr. 35). Die Verbreitung der Spirochaeten im Organismus erfolgt durch Eigenbewegung und durch die Lymph- und Blutbahn. Die Spirochaeten verschwinden im Primäreaffekt schnell, sowie die allgemeine Immunität eingetreten ist, entweder durch Phagozytose oder körnigen Zerfall.

Jadassohn rät zur Exzision des Primäraffektes.

Neisser ist ebenfalls für die Exzision, will aber eine intermittierende Hg-Behandlung folgen lassen, auch wenn keine Sekundärerscheinungen auftreten, ein Standpunkt, der von Jadassohn nicht geteilt wird.

Finger hat vor einem Jahr einen Primäraffekt, bei dem Spirochaeten nachgewiesen waren, exzidiert. Patient ist bisher frei von Syphilis geblieben.

Weitere Vorträge halten:

His-Basel: Über eine Mikrosporieepidemie in Basel. Es handelte sich um 110 Fälle in 3 Schulen. Vortr. macht ausführliche Mitteilungen

über die zur Bekämpfung der Epidemie getroffenen Absperrmaßregeln. Es wurden für die erkrankten Kinder besondere Schulklassen und Ferienkolonien eingerichtet; gesunde Kinder, die mit erkrankten in Berührung kamen, wurden mit einem Kopfverband versehen. Die Behandlung bestand anfangs in Jodtinktur und Krotoeöleinreibungen, später in Röntgen-Behandlung. Die Epidemie ist zurzeit fast erloschen.

Rona-Budapest: Bei den verschiedensten Affektionen, wie Balanitis erosiva, puerperaler Sepsis, Noma, Ulcus gangränosum genitale, Angina Vincenti finden sich Spirochäten, stets vergesellschaftet mit einem fusiformen Bazillus. Man kann sie durch die Levaditimethode ebenso wie die Syphilisspirochäten nachweisen, von denen sie deutlich differenzierbar sind.

Neuberger-Nürnberg: Eiterstudien an gonorrhoischen Sekreten. In letzter Zeit hat man den monunukleären Leukozyten (Lymphozyten) mehr Beachtung geschenkt. Bei chronischer und abklingender Gonorrhoe soll ihr Vorkommen häufiger sein. Vortr. erkennt ihnen keine prognostische Bedeutung zu. Während die polynukleären Leukozyten in Kugelform hauptsächlich bei Urethritis non gonorrhoica vorkommen sollen, ist Vortr. der Ansicht, daß es sich bei ihnen um Degenerationserscheinungen handelt. Er fand sie besonders dann, wenn der Eiter sich längere Zeit in der Harnröhre aufgehalten hatte, also im Morgensekret.

Bettmann-Heidelberg mißt den Lymphozyten ebenfalls keine Bedeutung zu.

Neuberger-Nürnberg: Zur Prophylaxe der Epididymitis gonorrhoica. Seit Vortr. von den großkalibrierten Injektionen zu solchen von 5 ccm übergegangen ist, hat er angeblich bedeutend weniger Epididymitiden und dabei dieselben günstigen Erfolge in bezug auf die Heilung der Gonorrhoe, wie früher.

Schindler-Breslau: Zur Behandlung der Epididymitis gonorrhoica. Vortr. hat in der Breslauer Klinik die Punktion in der Therapie der Epididymitis angewandt. In allen Fällen ließ sich ein günstiger Erfolg konstatieren, auch wenn kein Eiter aspiriert wurde, was nur selten der Fall war. Selbst wenn die spontane Schmerzhaftigkeit groß ist, verursacht die Punktion wenig Schmerzen. Das Spannungsgefühl uud die Schmerzen lassen sofort nach der Punktion, die mehrmals wiederholt werden kann, nach; das Fieber sinkt und die Resorption geht schnell von statten. Allerdings hat die Methode auf das Zurückbleiben von Infiltraten keinen Einfluß. Die Heilung und Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist schneller als bei der bisherigen Behandlung. Vortr. empfiehlt die Punktionsmethode auch für poliklinische Behandlung und erklärt die günstige Wirkung derselben durch Entspannung. In anderen Fällen wandte Vortr. die Biersche Stauung zur Behandlung der Epididymitis an. Diese Behandlungsart ist mühsam und eignet sich nur für die Klinik. Die Schmerzlinderung ist nicht besonders prompt; in der Stauungspause treten die Schmerzen wieder auf. Die Resorption ist anfangs beschleunigt, kommt aber bald zum Stillstand. Für die Stauung bildet eine starke Funikulitis eine Kontraindikation; für die Punktion gibt es keine. Vortr. gibt letzterer Methode den Vorzug. Die Prophylaxe durch eine gründliche Behandlung der Anterior ist aber stets die Hauptsache.

Baer-Frankfurt a/M. konnte konstatieren, daß die Entspannung eine günstige Wirkung hatte. Er vermutete in einem hochfieberhaften Fall mit enormer Anschwellung der Epididymitis einen Abszeß. Bei der Iuzision fand

sich kein Eiter; der Verlauf war jedoch seit der Operation ein ungemein günstiger und in kurzer Zeit trat eine völlige Heilung ein.

Nobl-Wien spricht gegen die Punktion bei seröser Epididymitis und will sie für die abszedierenden Formen reserviert wissen.

Herxheimer kann den günstigen Einfluß der Punktion auf das Fieber, die Schmerzen und den Krankheitsverlauf bestätigen. Von der Stauung hat er keine günstigen Erfolge gesehen; es kam zur Vergrößerung der Schwellung.

Stern-Düsseldorf hat eine größere Anzahl von Fällen mit Stauung behandelt. Er hat beobachtet, daß die Schmerzhaftigkeit schnell nachläßt. Er teilt jedoch zur Warnung mit, daß er bei einem Patienten konstatieren konnte, daß der vor einem halben Jahr gestaute Hoden völlig atrophisch geworden war.

Bettmann-Heidelberg: Hauterscheinungen bei Harnröhrenerkrankungen. Vortr. hat bei Erkrankung der Posterior, vom Beginn des Übergreifens des Prozesses auf dieselbe, das Auftreten einer hyperalgetischen Zone in der Gegend des 3. und 4. Sakralwirbels bis zum Damm beobachtet. Auch bei Sexualneurasthenie fand sich diese Sensibilitätsstörung, im Anschluß an eine Ejakulation oder einen lokalen Eingriff in die Posterior. In diesen Fällen sieht er von einem solchen ab. Vortr. hat auch cirkumskripte Cutis anserina gefunden bei Erkrankung der Posterior, ähnlich wie sie Pinkus im Anschluß an die Einführung des Fingers in den Mastdarm beschrieben hat.

Kreibisch-Prag tritt für das Bestehen einer angioneurotischen Entzündung ein. Es ist ihm nun in 2 Fällen gelungen, in der Hypnose nach Berührung einer bestimmten Stelle daselbst Blasen zu erzeugen; das eine Mal bereits nach 10 Minuten, im anderen Fall nach einigen Stunden. Mikroskopisch bot sich das bekannte Bild der Entzündung.

Linser-Tübingen: Über die Veränderung des Hämoglobins unter Einwirkung des Lichtes. Vor kurzem hat Vortr. im Archiv f. Dermatologie einen Fall von Hydroa vacciniforme beschrieben, bei dem er im Urin, der von dunkler Farbe war, Hämatoporphyrin fand. Bei einer Dermatitis nach intensiver Sonnenbestrahlung fand er diesen Körper ebenfalls, desgleichen bei Tieren, die Röntgen-Strahlen ausgesetzt worden waren. Er hat somit nachgewiesen, daß sich unter dem Einfluß des Lichtes, wahrscheinlich der ultravioletten Strahlen und der Röntgen-Strahlen, das eisenhaltige Hämoglobin in das eisenfreie Hämatoporphyrin verwandelt.

Abwechselnd mit den Vorträgen fand eine große Zahl von Krankendemonstrationen statt, von denen über die wichtigsten und interessantesten berichtet sei.

Jacobi-Freiburg stellt einen Fall zur Diagnose vor. Pat. bietet ein Bild dar, das an die Röntgen-Haut erinnert. Es finden sich an einem großen Teil des Stammes Atrophien, Teleangiektasien, Pigmentierungen und leichte Sklerosierung der Haut. Der Endausgang ist Narbenbildung ohne Ulceration. Am Hinterkopfe bestehen stärkere Rötungen, auch Schuppung mit Haarausfall; Gesicht ödematös geschwollen.

Jadassohn-Bern glaubt ebenso wie Jacobi, daß das Krankheitsbild in die Gruppe der Sklerodermie gehört.

Kreibisch-Prag diagnostiziert Lupus erythematosus, welcher Diagnose sich Arndt-Berlin anschließt auf Grund der Erkrankung der Mundschleimhaut, die klinisch nicht von Lupus erythematosus zu unterscheiden sei.

Grouven-Bonn stellt eine tuberkulöse Affektion vor, die in aus-

gedehnten Infiltraten im Gesicht und an den Oberarmen besteht. Auf Grund des mikroskopischen Bildes kommt er zur Diagnose Erythema induratum.

Juliusberg-Berlin stellt eine 27jährige Patientin vor, die von ihrem 9.—12. Lebensjahr an ausgedehnten Ulcerationen am Stamme litt, von denen jetzt die Narben sichtbar sind; gleichzeitig entwickelte sich eine Acanthosis nigricans. Zur Depigmentierung wandte er mit gutem Erfolg Wasserstoffsuperoxyd an.

Heuss-Zürich demonstriert einen Fall von Pityriasis rubra pilaris universalis und einen Fall von cirkumskripter Sklerodermie, die im Beginne netzförmige Figuren bildete, die auch jetzt noch in der Peripherie der Platte erkennbar sind. Er erzielt mit (25 %) Jodipinresorbin, in die Haut massiert, bei Sklerodermie gute Resultate.

Dind-Lausanne empfiehlt zur Behandlung von Ekzemen, die über das akuteste Stadium hinaus sind, den ungereinigten Steinkohlenteer, wie er zur Bestreichung des Asphaltpflasters gebraucht wird. Er soll nicht reizen. In der Diskussion erwähnt Veiel-Cannstatt, daß man nach seinen Erfahrungen bei gewissen Ekzemen, besonders denen an der Hand und am Scrotum, bessere Erfolge mit dem Steinkohlen-, als mit dem Holzkohlenteer erzielt.

Fabry-Dortmund bespricht an der Hand von Abbildungen einen Fall von ausgedehnter Blastomykose der Haut.

Bloch-Basel stellt einen Lupus pernio vor mit enormer Anschwellung des ganzen Gesichtes.

Aus der Berner Klinik stellen Jadassohn und seine Assistenten eine große Anzahl von interessanten Fällen vor, u. a. eine universelle, exfoliierende Erythrodermie, eine Mykosis fungoides, eine Recklinghausensche Erkrankung und 2 Fälle von Verschluß des Nasenrachenraums durch Narbenbildung infolge von Lupus des weichen Gaumens. Lues war in beiden Fällen auszuschließen. Dann 3 Fälle von Granulosis rubra nasi bei Geschwistern, dem Krankheitsbilde, das von Jadassohn aufgestellt worden ist. Weiter stellt er einen Fall von diffuser Sklerodermie vor, den er mit Thiosinamin und Fibrolysin behandelt hat, die anfangs gut vertragen wurden, bis sich regelmäßig an die Injektionen Fiebersteigerungen einstellten. Nach längerer Pause wurde das Medikament wieder gegeben, anfangs in sehr kleinen Dosen, langsam steigend, bis allmählich die übliche Dosis erreicht und auch vertragen wurde. Der Erfolg der Behandlung war nicht besonders günstig.

Weiter eine Pityriasis rubra pilaris und einen Fall, der eine Kombination verschiedener Arten von Tuberkuliden aufwies mit tuberkulösen Lymphdrüsenerkrankungen. Die Tuberkulinreaktion war positiv. Außerdem bestand eine Erkrankung der Unterlippenschleimhaut, die klinisch als Lupus erythematosus anzusprechen war. Im mikroskopischen Bilde dieser Affektion fand sich nichts von tuberkulösem Gewebe.

Von den Assistenten der Klinik stellte P. Cohn eine Cutis laxa vor; dann berichtet er über 2 Fälle von Dermatitis herpetiformis Duhring, die beide das Gemeinsame haben, daß sie auf die Arsendosis von 0,02 prompt reagieren; nach dem Aussetzen treten neue Schübe auf. Der eine Fall ist durch Arsenkeratosen an den Handtellern und Fußsohlen kompliziert. In solchen Fällen, wo Arsen nicht vertragen wird, behandelt Blaschko die Dermatitis herpetiformis mit Antipyrin.

Lewandowsky stellt einen Fall von subkutanen und periartikulären Verkalkungen vor und eine Pachyonychia.

Neben dem reichhaltigen wissenschaftlichen Teil des Kongresses, war auch für den geselligen in der umfassendsten Weise gesorgt worden. Eine ungemein große Zahl von Teilnehmern hatte sich eingefunden, denn wo ließe sich bei einem Kongreß mit dem Nützlichen das Angenehme leichter verbinden, als in dem schönen Bern, dessen herrliches Oberland bereits vorher manchen angelockt hatte, oder dem er nach getaner Arbeit zustrebte. So hat der IX. Kongreß der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft seinen Teilnehmern eine reiche wissenschaftliche und gesellige Anregung geboten und wird ihnen in jeder Hinsicht eine angenehme Erinnerung sein.

VII. Vermischtes.

— Von dem rühmlichst bekannten Merckschen Jahresberichte liegt uns jetzt der 19. Jahrgang vor. Derselbe enthält wieder eine ausgezeichnete Übersicht über die Neuerungen auf den Gebieten der Pharmakotherapie und Pharmazie. Ein sorgfältiges Register erleichtert die Auffindung der auch für unser Fach zahlreichen wichtigen Neuerungen, bei denen eingehend die Literatur besprochen wird.

In gleicher Weise haben sich die Elberfelder Farbenfabriken (vorm. Friedr. Bayer & Co.) entschlossen, ihrer früheren großen Broschüre über ihre pharmaceutischen Produkte einen zweiten Teil folgen zu lassen, in welchem die von dieser Seite in den Handel gebrachten Arzneimittel in gleich eingehender Weise besprochen werden. Auch hier ermöglicht ein gutes Indikationsregister eine schnelle Orientierung der einzelnen Präparate und deren Literatur.

Demselben Zwecke dient das von den Höchster Farbwerken (vorm. Meister, Lucius u. Brüning) herausgegebene Buch, in welchem die hier hergestellten therapeutisch beachtenswerten pharmaceutischen Präparate eingehend besprochen werden. Auch hier findet sich der genaueste Aufschluß über die Darstellung, Art und Weise der Anwendung, Dosierung, Indikationen und Kontraindikationen der einzelnen Präparate, sowie über die mit denselben bisher gewonnenen klinischen Erfahrungen. Das am Schlusse des Buches befindliche Indikationsverzeichnis ermöglicht ebenfalls eine schnelle Orientierung über die Anwendung der einzelnen Mittel und ihre Literatur.

Sicher werden vielen Kollegen diese Berichte sehr willkommen sein. J.

VIII. Personalien.

— Zum Nachfolger von Pick in Prag wurde Kreibich aus Graz berufen.

— Ernannt Manzi zum ordentlichen Professor für Dermatologie in Modena und Colombini zum a. o. Professor für Dermatologie in Cagliari.

— Am 31. August starb in Wien der bekannte Syphilidologe Isidor Neumann.

Um Einsendung von Separatabzügen und neuen Erscheinungen an den Herausgeber Dr. Max Joseph in Berlin W., Genthiner Strasse 5, wird gebeten.

Verlag von Veit & Comp. in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.



DERMATOLOGISCHES CENTRALBLATT.

INTERNATIONALE RUNDSCHAU

AUF DEM GEBIETE DER HAUT- UND GESCHLECHTSKRANKHEITEN.

HERAUSGEGEBEN VON

DR. MAX JOSEPH IN BERLIN.

Zehnter **Jahrgang.**

Monatlich erscheint eine Nummer. Preis des Jahrganges 12 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie direkt von der Verlagsbuchhandlung VEIT & COMP. in Leipzig.

1906. **November.** **Nr. 2.**

I. Originalmitteilungen.

1. Spirochätenbefunde in spitzen Kondylomen.

Vorläufige Mitteilung von Dr. **Dreyer** in Köln.

Die Spirochaete refringens, welche heute als Erreger verschiedener krankhafter Prozesse angesehen werden muß, ist auch im Gewebssaft von spitzen Kondylomen schon von Schaudinn und Hoffmann gefunden worden. Ohne daß gleichzeitig eine Balanoposthitis erosiva circinnata vorliegt, gelingt bei gewissen stark gewucherten Condylomata acuminata der Nachweis der von der oben genannten Vorhautaffektion her bekannten Spirochätenformen im Oberflächensekret wie im Gewebssaft der Kondylome in solcher Massenhaftigkeit, daß die Vermutung eines ätiologischen Zusammenhanges dem Untersucher sich aufdrängt. In den Schnitten zweier Fälle von kleineren spitzen Kondylomen, welche ich schon vor einiger Zeit mit der Silbermethode untersuchte, gelang es mir nicht, irgendwelche Spirochäten nachzuweisen. Die bekannte Unzuverlässigkeit der Silbermethoden, welche in Wirklichkeit wohl meist auf der großen Fragilität aller Spirochäten beruht, ermutigte mich zu weiterem Forschen. Neuerdings hatte ich Gelegenheit, zwei neue Fälle blumenkohlartiger Feigwarzen des Vorhautsackes, die die Größe einer halben Walnußschale hatten, zu untersuchen. In beiden Fällen fanden sich bei Behandlung nach der von Bertarelli angegebenen Methode mit alkoholischer Silbernitratlösung in den Schnitten deutliche Spirochaetae refringentes, durch die Unregelmäßigkeit und Flachheit, sowie die relative Dicke der Windungen charakterisiert. Während sie in dem einen Falle hauptsächlich in den stark erweiterten Kapillaren und Venen der Papillen und im Gewebe derselben dicht unter dem Rete lagen, drangen sie in dem zweiten Fall von der Oberfläche her in das Rete Malpighii in dichten Schichten und zugweise den Infiltratzügen der Eiterzellen folgend ein. Eine Verwechselung mit anderen morphologischen Elementen ist schon durch die Lage innerhalb der Blutgefäße ausgeschlossen. Einmal fand ich einen mehrere Windungen besitzenden Spirochätenteil im Inneren einer weißen Blutzelle in einer Kapillare.

Obwohl zur Aufhellung des Weges, den die Spirochäten gehen, weitere Untersuchungen nötig sind, veröffentliche ich meine Befunde wegen Mangels an geeignetem, weiteren Material schon heute. Die Vermutung der Mehrzahl der Autoren, daß die Feigwarzen auf einem spezifischen Virus beruhen und als solche übertragbar sind, scheint sich zu bestätigen. Für die Anschauungen über die Genese der Geschwülste würde die Tatsache, daß eine Epithelwucherung, eine Akanthose, durch eine Infektion,

die sich im wesentlichen in der Cutis abspielt, herbeigeführt wird, eine gewisse Bedeutung haben.

Es ist zu prüfen, ob die gewöhnlichen Warzen, deren Infektiosität Jadassohn erwiesen hat, in ihrer Genese identisch, wie Rasch vermutet, mit dem spitzen Kondylom sind.

Mit der Silbermethode wird sich auch feststellen lassen, ob die Entwickelung der breiten Kondylome nicht auf eine Mischinfektion mit Spirochaete pallida und refringens zurückzuführen ist. Manche Erwägungen und besonders die Gewebssaftbefunde bei breiten Kondylomen sprechen dafür.

---

2. Ein Vorschlag zur Frühbehandlung des syphilitischen Primäraffektes mit Quecksilberinfiltration und Kauterisation.

Von Dr. **Artur Strauss** in Barmen.

Erörtert man die Frage, ob die Zerstörung des Primäraffektes das syphilitische Gift noch im Keime zu ersticken vermag, so müssen wir zunächst festzustellen suchen, ob eine gewisse Zeit und wie lange das Virus auf die Invasionsstelle und ihre nächste Umgebung beschränkt bleibt. Die erste Frage kann nur dadurch gelöst werden, daß man ermittelt, ob es in der Initialperiode, also in dem Zeitpunkte vom Beginn der Infektion bis zum Ausbruch der Roseola, noch möglich ist, eine Autoinokulation des Virus zu erzielen. Denn wir wissen, daß das Syphilisvirus, wenn es konstitutionell geworden ist, das Blut gegen eine zweite Infektion wenigstens relativ immun macht. Diese Frage dürfen wir als im positiven Sinne gelöst betrachten, denn eine große Zahl von zweiten Impfungen hat erwiesen, daß im Initialstadium ein zweiter Schanker an demselben Individuum erzeugt werden kann. Auch bei Neissers Versuchen zur Übertragung der Syphilis hat sich im Einklang mit den Ergebnissen anderer Autoren (Metschnikoff und Roux, Finger und Landsteiner) gezeigt, daß an Affen positive (neben negativen) Überimpfungen möglich sind. Finger und Landsteiner erhielten positive Resultate noch bei der Impfung am 5. Tage nach dem Auftreten des Primäraffektes.

Die Exzision des Schankers würde nun die radikalste Methode sein, wenn man sicher durch sie das Virus völlig eliminieren könnte. Diese Gewißheit ist aber in den meisten Fällen schon deshalb nicht vorhanden, weil die Kranken in der Regel viel zu spät in die ärztliche Behandlung treten. Es erscheint schon zweifelhaft, daß eine etwa eine Woche nach der Infektion vorgenommene Exzision oder Kauterisation noch mit Erfolg in abortivem Sinne ausgeführt werden kann, falls ihre Feststellung in dieser Zeit schon möglich wäre, auch bei günstigster Lage des [illegible]affektes und Fehlen jedweder Skleradenitis. Denn aus Neissers [illegible] wissen wir, daß Exzisionen, die 8 Stunden nach der Impfung

an Affen vollzogen wurden, den Ausbruch der Allgemeinerscheinungen nicht mehr zu verhindern vermochten. Damit ist unsere zweite Frage, wie lange das Virus auf den Primäraffekt selbst beschränkt bleibt, wenigstens dahin beantwortet, daß wir auch beim Menschen eine schon in den ersten Tagen sich vollziehende Überwanderung der Spirochäten vom Infektionsherd in das nächstgelegene Lymphsystem annehmen müssen.

Aber auch vom pathologisch-anatomischen Standpunkte aus müssen die Aussichten einer Kauterisation oder Exzision sehr geringe sein, denn die syphilitische Erkrankung erstreckt sich schon früh über den nachweisbaren Herd hinaus. Trotz scheinbar normaler Beschaffenheit findet man in der Umgebung des Primäraffektes ausgedehnte subkutane Veränderungen. Das Infiltrat erstreckt sich schon frühzeitig in Form von Bändern und Zügen aus hypertrophischem fibrillärem Bindegewebe von der Sklerose aus so weit zwischen sonst normales, daß man gar nicht weit genug exzidieren könnte, um alle Herde zu entfernen. Auch muß man in Betracht ziehen, daß die großen Lymphgefäße des Penis nicht nur auf dem Dorsum, sondern auch auf der Seite verlaufen, und daß sie nicht nur in das Lymphdrüsensystem der Leistengegend, sondern auch unter dem Poupartschen Band direkt in die Bauchhöhle eindringen. Das Virus kann daher die oberflächlichen Drüsen unversehrt lassen, aber in die der Bauchhöhle bereits eingedrungen sein. Auch die positiven Impfungen, die Finger und Landsteiner an Affen mit Cubitaldrüsen vornahmen, zeigen, daß schon 4 Wochen nach der Infektion das Gift nicht mehr auf die Sklerose und deren unmittelbare Umgebung beschränkt ist. Unter solchen Umständen würde selbst die Exzision des Schankers und der Leistendrüsen das Virus nicht mehr zur Elimination bringen.

Wir müssen infolgedessen annehmen, daß die Exzision oder die Kauterisation des Primäraffektes, wenn auch noch so früh wie möglich vorgenommen, nur höchst selten ein positives Ergebnis in rein abortivem Sinne haben kann (v. Düring nimmt in 99 % der Fälle ein negatives Resultat an). Damit erscheint aber die Aussicht nicht verschlossen, daß es andere Mittel und bessere Wege geben müsse, die über den eigentlichen örtlichen Herd der Infektionsstelle hinaus das Virus in seiner weiteren Umgebung, auch in den schon erkrankten Lymphbahnen und den oberflächlich und tiefgelegenen Lymphdrüsen, noch energisch zu treffen vermögen, Mittel, die uns gestatten, den noch schlummernden Feind, ehe er seinen allgemeinen Angriff von den Drüsen aus auf das Blutsystem vornimmt, mit einem schnellen, energischen Vorstoß wieder zu vernichten oder doch so unschädlich zu machen, daß ihm sein bösartiger Charakter genommen wird.

Auch nach den neueren Untersuchungen dürfte es außer Zweifel sein, daß in den dem Primäraffekt zunächst gelegenen Drüsen, insbeson-

dere den Leistendrüsen, das Vordringen der Spirochäten einige Zeit aufgehalten wird. Wie bei anderen Infektionskrankheiten das Drüsensystem die hauptsächlichste Bildungsstätte der bakteriolytischen Antikörper darstellt, so dürfen wir auch bei der Syphilis dasselbe annehmen. Die Lymphdrüsen bilden das Filter, welches die Spirochäten eine Zeitlang zurückhält. Währenddessen vermitteln sie den Übertritt der aus ihren Körpern freiwerdenden bakteriziden Stoffe in die Blutbahn. Die Bildung dieser Antikörper muß naturgemäß um so ausgiebiger erfolgen, je langsamer die Resorption der Spirochäten auf dem Wege vom Primäraffekt bis zu den nächsten Lymphdrüsen und von hier in die Blutbahn von statten geht.

Auf der anderen Seite müssen wir die mit den ersten Eruptionen besonders stark sich geltend machende Endotoxinschädigung der Spirochäten auf die Zellen des Organismus herabzusetzen suchen. Denn die Entstehung der schweren Spätformen ist in erster Linie von dieser Giftwirkung der Endotoxine auf die Zellen abhängig. Unser therapeutisches Bestreben muß also darauf gerichtet sein, frühzeitig einerseits die Spirochätenmasse im Primäraffekt und dem ihn umgebenden Lymphsystem, sofern die völlige Vernichtung nicht mehr möglich ist, zu verkleinern, andererseits die Bildung bakterizider Stoffe nach Möglichkeit auszunutzen.

Jenes können wir durch die Infiltration des Primäraffektes und der ihm zunächst gelegenen Lymphbahnen mit Quecksilber erreichen, von dessen spezifisch-toxischer Wirkung wir durch immer wieder sich bestätigende augenfällige Heilwirkungen, nicht in letzter Linie auf nur langsam heilende Primäraffekte, überzeugt sind, und zwar am sichersten, wenn wir die Exzision oder — einfacher — die Kauterisation (durch Kaustik oder heiße Luft) des eigentlichen Herdes anschließen. Die andere Bedingung glaube ich dadurch erfüllt zu sehen, daß wir die bakterizide, durch Suprarenin gesteigerte resorptionshemmende Kraft des Ödems und die entzündungswidrige der Anästhesie zu Hilfe nehmen.

Durch die Arbeiten Biers wissen wir, daß das Ödem,[1] die vornehmlichste Begleiterscheinung der Entzündung, ihr wichtigstes Untersützungsmittel in dem Kampfe gegen eingedrungene Gifte ist. Nachdem schon Zimmermann[2] natürliche frische Ödeme selbst bei schwersten Infektionskrankheiten steril befunden, und Nötzel[3] an Tieren gezeigt hat, daß das Stauungsödem im Sinne Buchners, Hahns u. a. durch Konzentration

[1] Auch in der Augenheilkunde hat man die Lymphstauung, die durch Dionin hervorgerufen wird, nutzbar gemacht. Dionin begünstigt durch die von ihm hervorgerufene Odemisierung die Heilung, z. B. bei Verletzungen der Kornea, bei Staroperationen. Es lindert gleichzeitig den Schmerz. Dionin verleiht der Kornea durch Ödembildung eine erhöhte Widerstandskraft im Kampfe gegen pathogene Mikroben (Wolffberg u. a.).

[2] Münchener med. Wochenschrift. 1889. Nr. 9.

[3] Archiv f. klin. Chirurgie. LX.

der Alexine, also mit den natürlichen, auf künstlichem Wege auf ein umschriebenes Gebiet konzentrierbaren Schutzwaffen des Körpers bakterizid wirkt, wies auch Eugen Joseph[1] die entgiftende Wirkung der Ödeme durch Tierexperimente nach. Die Natur selbst hilft sich bei örtlichen Vergiftungen ohne bakterielle Infektion, wie beim Insektenstich und beim Schlangenbiß, aber auch bei bakteriellen Erkrankungen, z. B. beim Milzbrand, durch Ödembildung. Die Bakterien können in den Giftlösungen, die sie sich selbst bereitet haben, nicht leben; sie werden durch das Ödem auf ihren primären Angriffsherd beschränkt. Die Stauungsödeme wirken als Giftlösungen.

Joseph zeigte sodann, daß neben dieser direkten, diluierenden Wirkung des Ödems noch eine indirekte, absorptionshemmende sich geltend macht. „Wenn wir", sagt er, „in kurzer Zeit das Unterhautzellgewebe eines Gliedes mit Gewebssaft überfluten und ausfüllen, so werden die Kapillaren und kleinen Gefäße in ihrem Raum beengt und bedrückt. Der Blutgehalt der Gewebe wird herabgesetzt. Von diesen ist aber die Resorption des Giftes außerordentlich abhängig. Ein größeres Ödem stört die Zirkulation schon durch die Raumbeengung, verschließt durch die Anämie den Giften die Resorption und wirkt auch auf diese Weise entgiftend. Die Stauungsödeme wirken als Giftlösungen."

Als künstliche Mittel, um bei Ödemen die zirkulationsbeengende Wirkung zu verstärken und so eine Verlangsamung des Lymphstromes herbeizuführen, stehen uns die Nebennierenpräparate zur Verfügung. Beim Penis ist es von vornherein ausgeschlossen, die entgiftende Wirkung des Ödems etwa durch Bindenstauung zu erhöhen. Eher ließe sich schon die Saugmethode benutzen. Aber die Länge der Zeit, die für die hier in Betracht kommenden Zwecke nötig erscheint, würde schon ihre Anwendung ausschließen. Einfacher kann diese Frage dadurch gelöst werden, daß man den Mitteln, die zur Infiltration benutzt werden, Suprarenin (oder Adrenalin) hinzusetzt, welches durch seinen gefäßverengernden und den Lymphstrom verlangsamenden Einfluß die Resorption des örtlich noch ruhenden Virus hemmt, zugleich aber die antibakteriellen Stoffe längere Zeit und intensiver auf die hier angehäuften Keime einwirken läßt, also die entgiftende Wirkung des Ödems erhöht. Es war weiterhin von Wichtigkeit, die Schmerzhaftigkeit der Injektion und die Empfindlichkeit der entzündeten Gewebe möglichst herabzusetzen. Wie es schon bei der Stauungshyperämie eine Vorbedingung für deren günstige Wirkung ist, daß sie die Schmerzen lindert, so erschien es mir auch bei meinem Verfahren wichtig, die Schmerzen auszuschalten und die gesteigerte lokale Erregbarkeit herabzusetzen; denn aus den Darlegungen von Rosen-

[1] Über einige Wirkungen des natürlichen Ödems und der künstlichen Ödemisierung. Müncher med. Wochenschrift. 1905. Nr. 40.

bach[1] und Spiess[2] über die Anästhesierung in der Entzündungstherapie wissen wir, daß die Anästhesierung auch einen entzündungswidrigen Einfluß ausübt. Furunkel z. B. bilden sich zurück, wenn man sie nach Schleich infiltriert. In zweiter Linie dient der Zusatz eines Anästhetikums zur möglichst schmerzlosen Ausführung der Kauterisation.

Ich habe nun zunächst eine Reihe von Versuchen gemacht, die darauf hinzielten, die Wirkung verschiedener Hg-Lösungen, bzw. Suspensionen zu erkennen. Zunächst benutzte ich das Sublimat und Hydrargyrum salicylicum.

Als bestes Anästhetikum erwies sich das Novokain, das bei gleich starkem anästhesierendem Effekt mindestens 6 mal weniger giftig als Kokain und 2—3 mal weniger giftig als dessen Ersatzpräparate ist. Es ist weiterhin vollkommen reizlos, und was für unsere Zwecke besonders wichtig ist, außerordentlich leicht in kaltem Wasser, nämlich im Verhältnis von 1 : 1 zu einer neutral reagierenden Flüssigkeit löslich. In alkalischen Lösungen bilden sich Niederschläge. Die Lösungen sind ferner durch Kochen sterilisierbar. Einer 2 %igen Sublimatlösung mit 0,2 %igem Zusatz von Kochsalz läßt sich nur 0,2 g Novokain zusetzen. Die Mischung muß in der Weise erfolgen, daß man zunächst 2 g Sublimat unter Zusatz von 0,2 g Kochsalz in 50 g Wasser löst. Weiter löst man 0,2 g Novokain in 50 g Wasser. Durch Mischung beider erhält man eine klare Lösung. Nach einigen Tagen bildet sich ein Niederschlag. Steigert man den Novokainzusatz nur um ein weniges, so erhält man eine trübe Lösung mit kristallinischem Niederschlag.

Die Resultate mit der Sublimatlösung befriedigten mich keineswegs, wie aus den Krankengeschichten hervorgeht. Da sie eine starke Affinität zu den Eiweißkörpern hat, so wirkt sie leicht ätzend; und in der Tat sah ich bei ihrer Anwendung jedesmal oberflächliche Nekrosen auftreten.

Ich versuchte weiterhin eine mit Vasenolum liquidum hergestellte Suspension. Das Vasenolum liquidum stellt eine Emulsion dar, welche unbegrenzt haltbar ist, nicht ranzig wird und sich mit wässerigen und festen Medikamenten jeder Art leicht vereinigen läßt. Es eignet sich, wie auch von anderen Autoren (Thimm, Schnabel, Lengefeld) bestätigt wird, ganz besonders gut zu einer Suspension mit Hydrargyrum salicylicum.

Die Hydrarg. salicylicum-Vasenolsuspension bildet eine fein verteilte, homogene, nicht körnige Mischung, die durch leichtes Umschütteln sofort gebrauchsfähig wird. Um bei der Suspension jede Ausfällung zu verhüten, ist es ratsam, auch ihre Komponenten getrennt herzustellen und zwar nach folgendem Rezept:

---

[1] Warum und in welchem Grade sind anästhetische Mittel bei entzündlichen Prozessen wirksam. Münchener med. Wochenschrift. 1906. Nr. 12.

[2] Die Bedeutung der Anästhesie in der Entzündungstherapie. Münchener med. Wochenschrift. 1906. Nr. 8.

I. Novokain. 0,5
Solve in aq. dest. 2,0
Adde Suprarenini (1 : 1000) gtt. III
II. Natr. chlorat. 0,2
Solve in aq. dest. 2,0
III. Hydrargyr. salicyl. 10,0
Adde Vasenol. liquid. ad 100,0.

Setze I und II zu III. Hierbei ist zu bemerken, daß das mit einem leichteren Paraffinöl hergestelle Vasenolum liquidum zu benutzen ist. Auch die mit diesem Mittel gewonnenen Erfahrungen befriedigten mich doch nicht ganz. Das durch die Suspension hervorgerufene Ödem ist zu stark und zu nachhaltig. Wenn ich auch keine Nekrosen beobachtete, so hinterläßt die Infiltration doch eine nur sehr langsam sich zurückbildende Schwellung der Präputiums. Auch die anästhetische Wirkung der Suspension gestattet nicht in allen Fällen eine gleichmäßig schmerzlose Ausführung der Kauterisation. Man kann allerdings die Anästhesie dadurch steigern, daß man, unter Fortlassung des Kochsalzes, einen 4 %igen Novokainzusatz wählt.

Nach weiteren Versuchen mit verschiedenen löslichen Quecksilbermitteln gelangte ich schließlich zu einer Lösung, die allen Bedingungen entsprechen dürfte. Es ist eine 1 %ige Lösung von Hydrag. oxycyanatum. Dieses Mittel ist von etwa gleicher Stärke wie das Sublimat, reizt aber viel weniger stark, weil es sich mit dem Eiweiß weniger energisch verbindet. Die Lösung hat sodann die besonders wichtige Eigenschaft, daß sie einen Novokainzusatz von 4 % und darüber aufnimmt, und außerdem noch Kochsalz und Suprarenin. Die Formel lautet also:

Hydrargyr. oxycyanat. 1,0
Novocain. 4,0
Natr. chlorat. 0,2
Sol. Suprarenini (1 : 1000) gtt. II.
Aq. destill. ad 100,0

Diese unbegrenzt haltbare, sterilisierbare Lösung ruft bei Injektion von 1—2 g kein stärkeres Ödem hervor, als es bei der Braunschen Anästhesie erzielt wird und gestattet, wie ich gleichmäßig in einer größeren Anzahl von Fällen konstatieren konnte, die fast völlig schmerzlose Vornahme der Kauterisation. Das Ödem bildet sich verhältnismäßig rasch zurück und die Geschwüre heilen schnell. Man kann auch einen geringeren Zusatz von Hydrag. oxycyanatum nehmen, z. B. $^1/_2$ % und entsprechend mehr einspritzen. Man erreicht so eine noch stärkere Anästhesie.

Über die mit Hydrargyrum oxycyanat.-Infiltration und Kauterisation behandelten Fälle behalte ich mir vor, später zu berichten.

Die Methode ist sehr einfach in der Sprechstunde durchzuführen.

Zunächt suche man den Nachweis der Spirochäten zu erbringen. Nach sorgfältiger Desinfektion spritzt man die Lösung nach Art der Schleichschen Infiltration unter das Ulcus, wartet einige Minuten und kauterisiert. Dann bedecke man die kauterisierte Stelle mit einem Streupulver und Dermatol- oder einer anderen Gaze, die man mit 3 %iger Kollargollösung tränke, und lasse ein Suspensorium mit Klappe tragen. Zu Hause lasse man fleißig baden und 1 %ige Kollargollösung aufgießen. Bei Frauen nehme man eine T-Binde.

Bei Phimose kann unter Anwendung einer 1/4 %igen Lösung von Hydrarg. oxyc., deren Operation mit der Infiltration und Kauterisation verbunden werden.

Irgend ein Urteil über den Wert der Methode abzugeben, bin ich noch nicht in der Lage. Aufschluß darüber kann nur eine große Zahl von Fällen nach jahrelanger Beobachtung ergeben. Mir kommt es zunächst nur darauf an, durch meine Mitteilung eine Anregung zur Prüfung der Infiltrationsmethode in Verbindung mit der Kauterisation zu geben. Ich empfehle in erster Linie die Anwendung des Hydrarg. oxycyanatum. Vor allem möchte ich diese Bitte auch an diejenigen Forscher richten, die in der Lage sind, an einem großen Affenmaterial experimentelle Forschungen anzustellen. Denn nur durch eine große Versuchsreihe an Tieren läßt sich die Methode gründlich prüfen. Es wäre z. B. festzustellen, ob und in welcher Zeit nach der Infiltration Sekundärerscheinungen auftreten, ebenso nach der Infiltration in Verbindung mit der Kauterisation. Ferner ob sich Abweichungen in der Form, Lokalisation und in dem Verlauf der Eruptionen, in der Schnelligkeit des Eintretens und Verschwindens der Generalisation, sowie Veränderungen in der Giftigkeit und der Entwickelungsstufen der Infektionsträger zeigen. Je milder und lokalisierter die ersten Eruptionen auftreten, um so weniger dürften die Gewebe unter der Giftwirkung der sekundären Periode leiden, um so mehr würde die Ursache für die Entstehung der Späterkrankungen ausgeschaltet. Ähnliche Feststellungen wären auch beim Menschen notwendig. Es erscheint mir nicht ausgeschlossen, daß man auf dem von mir geschilderten Wege, sofern der Eingriff noch in den ersten 2 Wochen nach der Infektion erfolgen kann, abortiv auf die Syphilis wirken kann. Wird diese Möglichkeit auch nur in einer kleinen Zahl der Fälle gegeben sein, so dürften wir doch stets in der Lage sein, dem Infizierten vor dem Ausbruch der Allgemeinerscheinungen dadurch einen großen Nutzen erweisen, daß wir durch die hier vorgeschlagene Frühbehandlung mit Hydrarg. oxycyan. den Verlauf der Syphilis mildern und sie ihrer schweren späteren Schädigungen auf das Stütz- und Bindegewebe entkleiden. So lange wir freilich keinen klaren Aufschluß über den Wert der Methode haben, der durch Experimente an Affen schnell gewonnen würde, dürfen wir auf die dem einzelnen Falle entsprechende

Nachbehandlung nicht verzichten. Hoffentlich können uns bald auch Blutuntersuchungen bzw. die Serodiagnostik über deren Notwendigkeit und Dauer präzise Anhaltspunkte bieten.

Immerhin dürfte die Methode, wenn sie weiter ausgebildet ist, die Therapie des Primäraffektes von dem schwankenden Boden, auf dem sie bisher stand, befreien und sie auf eine feste Grundlage stellen können. Widerspricht es nicht jeder Logik, wenn wir heute noch, nachdem wir durch Schaudinns und Hoffmanns Entdeckung, die einen Markstein in der Geschichte der Syphilis bildet, den Syphiliserreger kennen gelernt haben, unseren Kranken sagen: „Sie haben sich, wie die mikroskopische Untersuchung ergeben hat, syphilitisch infiziert, aber warten Sie mit der Behandlung, bis die Allgemeinerscheinungen ausgebrochen sind.“ Ein Serum gegen die Syphilis ist uns leider noch nicht beschieden. Um so mehr ist es heute, auf Grund der neueren Forschungen, unsere Pflicht, nach örtlichen Mitteln und Wegen zu suchen, die uns in die Lage bringen, den Kranken schon in der Inkubationszeit von dem qualvollen und ihn deprimierenden Gefühl, in das ihn unser abwartendes Verhalten versetzt, zu befreien.

Nach Abschluß meiner Arbeit kommt mir die Mitte 1906 von der Medizin. Abteilung des Königl. Sächs. Kriegsministeriums herausgegebene Broschüre Thalmanns zu Gesicht: „Die Syphilis und ihre Behandlung im Lichte neuer Forschungen.“ Ich freue mich, konstatieren zu können, daß auch Thalmann eine energische Lokalbehandlung fordert. Er selbst hat in 7 Fällen Sublimat unter den Primäraffekt injiziert. Er bediente sich einer 1 %igen Sublimatlösung. Betonen muß ich hier, daß ich stets Nekrosenbildung bei Anwendung des Sublimat beoabachtete. Freilich brauchte ich eine 2 %ige Lösung. Die bakterizide Wirkung des Ödems und die entzündungswidrige der Anästhesie hat Thalmann nicht benutzt, ebensowenig die Kauterisation. Ich kann ihm aber nur beistimmen, wenn er sagt, daß es uns mit der Frühbehandlung gelingen muß, die furchtbaren metasyphilitischen Organerkrankungen zu verhindern und die sekundären und tertiären Erscheinungen auf ein Mindestmaß herabzudrücken. Möchten meine Mitteilungen als ein bescheidener Vorschlag in diesem Sinne aufgefaßt werden.

Zum Schluß gebe ich eine kurze Darstellung der ersten Fälle, die ich mit Sublimat und Hydrarg. salycilicum ohne gleichzeitige Kauterisation behandelt habe.

Wenn ihre Zahl eine so geringe ist (ich verfüge nur über 9), so ist zu erwägen, daß ich mir vornahm, zunächst nur solche Kranke mit der Infiltration zu behandeln, bei denen ich mit Sicherheit feststellen zu können glaubte, daß die Infektion nicht länger als 4 Wochen zurücklag. Naturgemäß wünschte ich als den ersten einen besonders günstige Vorbe-

dingungen bietenden Fall. Ich wollte nur einen solchen wählen, bei dem die erste Manifestation der syphilitischen Infektion eben in die Erscheinung getreten war und bei dem Spirochäten nachweisbar wären.

Er bot sich mir am 8. März dieses Jahres. Der Kranke, ein junger Mann von 22 Jahren, konsultierte mich wegen einer akuten Gonorrhoe. Die Infektion war 12 Tage vorher erfolgt. Bei der Untersuchung fand ich am Präputium eine linsengroße, etwas derb sich anfühlende Erosion, der der Kranke keine besondere Beachtung schenkte, weil er glaubte, daß sie mit seiner Gonorrhoe zusammenhänge. Ich machte, nachdem ich die Erosion gereinigt, aus dem ausmassierten Saft mehrere Deckgläschenpräparate, die ich nach der von Oppenheim und Sachs angegebenen Methode färbte. In zwei Präpäraten fand ich einige Spirochäten. Der vorletzte Coitus hatte etwa einen Monat vor dem letzten stattgefunden. Die Inguinaldrüsen waren nicht geschwollen. Am 8./III. spritzte ich nun nach möglichst sorgfältiger Desinfektion der Glans 2 g der Suspension ein. Am nächsten Tage war das Präputium stark ödematös geschwollen. Am 3. Tage stellte sich eine leichte Stomatitis ein. In den nächsten Wochen bildete sich das Ödem immer mehr zurück.

Am 20./III. war die Erosion völlig verheilt. Schmerzen waren nie vorhanden. Nebenher ging die Behandlung der Gonorrhoe, die in 5 Wochen abheilte. Ich habe nun den Herrn wöchentlich anfangs zweimal, späterhin einmal untersucht, und bis zu meiner Sommerreise im Juli ist kein Exanthem und keine andere syphilitische Erscheinung aufgetreten. Auch inzwischen blieb er, wie mein Vertreter Herr Dr. Kraus konstatiert hat, frei von Erscheinungen, desgleichen in der folgenden Zeit bis zum 15. Oktober. Das Präputium ist noch ein klein wenig dicker als es vor der Injektion war. Bemerken will ich noch, daß der Kranke später in der Lage war zu konstatieren, daß das Mädchen, welches ihn infizierte, eine Schmierkur durchgemacht hat.

Beim zweiten Fall lag die Infektion 4 Wochen zurück. Bei der ersten Konsultation am 14./III. fand sich im Sulcus coronarius ein kraterförmiges Geschwür mit speckigem und einseitigem wallartigem Rand. Spirochäten waren nicht zu finden. Die Inguinaldrüsen waren nicht geschwollen. Auch sonst keine Drüsenschwellung. Ich spritzte $1^1/_2$ g der Sublimatlösung ein, den nächten Tagen entwickelte sich ein starkes Ödem bis zur Phimose, und zugleich trat eine etwa fünfzigpfennigstückgroße oberflächliche schmerzende nekrotische Stelle am Präputium auf, die im Laufe der nächsten Wochen unter Uviollichtbehandlung wieder verheilte. Am 25./III. war das Ödem fast ganz verschwunden. Die Eichel lag frei und das Geschwür war verheilt. Aber es war nun eine rechtsseitige indolente Leistendrüsenschwellung und am 16./V. die Roseola zu konstatieren. Ich leitete nun die Allgemeinbehandlung ein.

Am 26./IV. stellten sich mir gleichzeitig zwei Schuhmachergesellen vor, die angaben, am 2. März mit ein- und demselben Mädchen geschlechtlich verkehrt zu haben. Der eine hatte ein typisches Ulcus durum im Sulcus coronarius, der andere am Präputium. Sonstige Erscheiungen waren nicht vorhanden, insbesondere keine Drüsenschwellungen. Bei dem einen waren einzelne Spirochäten nachzuweisen, bei dem anderen nicht. Ich spritzte jedem 1 g der Suspension ein; die Einspritzung war schmerzlos. Auch weiterhin traten keine Schmerzen auf. Beide sind bis in die letzte Zeit in ständiger Beobachtung geblieben. Die Geschwüre verheilten in den ersten 3 bzw.

4 Wochen glatt, und irgendwelche Allgemeinerscheinungen[1] traten nicht auf. Der 5. Fall betraf einen 28jährigen Mann, der am 4./V. in meine Behandlung trat. $3^1/_2$ Wochen vorher hatte er außerehelich koitiert. Es fand sich eine große glatte, leicht indurierte Erosion am Präputium. Die Untersuchung auf Spirochäten war negativ. Eine leichte indolente Schwellung der rechten Leistendrüsen war zu konstatieren. Er erhielt je 1 g Suspension unter das Ulcus und in die Leistendrüsen. Die Injektion des Ulcus verlief ganz schmerzlos, während die Leistendrüsen in den nächsten Tagen ein heftiges Spannungsgefühl verursachten. Es bildete sich das übliche Ödem. Am zweiten Tage stellte sich eine leichte Stomatitis ein. Am 6./VII. war eine typische Roseola zu konstatieren und gleichzeitig eine Angina. Es wurde nun mit der Allgemeinbehandlung begonnen.

Am 6./V. konsultierte mich ein 22jähriges Dienstmädchen wegen geschwollener und beim Gehen empfindlicher rechter Schamlippe. Die Untersuchung ergab, daß die große rechte Schamlippe leicht geschwollen, deren Haut entzündet und an der einen Seite erodiert war. Hier fand sich ein erbsengroßes Geschwür mit speckigem Grund. Die Leistendrüsen waren nicht geschwollen. Auch sonst keine Drüsenschwellungen. Sie gab an, vor $3^1/_2$ Wochen zum letzten Male koitiert zu haben. Spirochäten fand ich nicht. Ich injizierte $1^1/_2$ g der Suspension. Die Schamlippe schwoll stark an. In den nächsten 5 Tagen war die Kranke nicht gehfähig. Mit der Abschwellung des Ödem verheilte in den nächsten 3 Wochen das Ulcus völlig, und auch die Entzündung der Haut bildete sich zurück. Ich habe dann das Mädchen bis zum 3./VIII. nicht wiedergesehen. An diesem Tage kam sie mit der Angabe, daß sie nicht wieder erschienen sei, weil sie eine andere Stelle auswärts angenommen. Es war eine abgeblaßte Roseola zu konstatieren. Ich verordnete ihr eine Schmierkur.

Der 7. Fall betraf einen 20jährigen jungen Mann, der sich am 10./V. mit einem Ulcus durum im Sulcus coronarius mir vorstellte. Die Infektion war vor 3 Wochen erfolgt. Spirochäten nicht nachweisbar. Da die linksseitigen Leistendrüsen leicht geschwollen waren, injizierte ich, außer in das Ulcus, auch in diese 1 g der Suspension. Nur die letztere verursachte starke Empfindlichkeit. Am 25./VI. ging das Präputium über die Glans wieder völlig zurück. Der Ulcus war in eine glatte Narbe verwandelt. Bis zum 14./X. ist kein Exanthem aufgetreten.

8. Fall. In meine Behandlung trat Anfang Juni ein verheirateter Herr, der sich auf einer Reise infiziert hatte, mit einem Ulcus durum, multiplen Drüsenschwellungen und Roseola. Er gab an, daß seine Frau eine kleine Entzündung an den Schamlippen habe. Er habe vor $2^1/_2$ Wochen den letzten Koitus ausgeübt und fürchte, sie infiziert zu haben. Er führte mir seine Frau am 6. Juni zu. Ich fand eine Erosion an der rechten Schamlippe, sonst keine Erscheinungen. Spirochäten waren nicht nachweisbar. Ich injizierte 1 g der Suspension und empfahl der Kranken für die nächsten Tage Bettruhe neben häufigen Sitzbädern. Die ödematöse Schwellung bildete sich langsam zurück. Bis zum 3./XI. sind irgendwelche Allgemeinerscheinungen nicht aufgetreten. Da hier keine Induration nachweisbar war und der Spirochätenbefund negativ ausfiel, konnte eine Infektion nicht bewiesen werden. Aber die Erkrankung des Mannes sprach doch mit großer Wahrscheinlichkeit für eine spezifische Infektion.

---

[1] Anmerkung bei der Korrektur: Bei dem ersten hat sich am 28./X. die Roseola gezeigt.

Der letzte Fall betrifft einen Herrn, den mir am 12./VI. Herr Dr. Herz aus Schwelm überwies. Es lag ein typisches Ulcus durum mit schmutziggrauem Grund und wallartigem Rande am inneren Blatt des Präputium vor. Der infizierende Koitus hatte etwa $3^1/_2$ Wochen vorher stattgefunden. Im mikroskopischen Präparat fand ich nach langem Suchen einige Spirochäten. Die Leistendrüsen waren rechts indolent geschwollen. Ich injizierte in das Ulcus und in die Leistendrüsen rechts je 1 g der Sublimatlösung. Während die Injektion am Präputium völlig schmerzlos blieb, verursachte diejenige der Drüsen Schmerzen. Der Kranke blieb eine Woche im Bette. Am 18./VI. Konsultation mit Kollege Herz. Starkes Ödem des Präputium, das eine etwa zehnpfennigstückgroße nekrotische Stelle zeigte. Unter Umschlägen mit essigsaurer Tonerde bildete sich des Ödem in den nächsten Tagen zurück. Am 21./VI. war die Vorhaut soweit zurückzubringen, daß die Stelle des Ulcus sichtbar war. Das Ulcus zeigte eine tiefrote Farbe. In der Folge entwickelte sich, unter Granulationsbildung, eine Narbe. Die nekrotische Stelle wurde mit Uviollicht und Airol behandelt. Vor meiner Abreise war auch eine leichte Schwellung der linken Leistendrüsen zu konstatieren. Ich machte auch hier eine Injektion und zwar mit 1 g der Suspension, die dem Kranken in den nächsten 8 Tagen ebenfalls starke Empfindlichkeit bereitete. Herr Kollege Kraus führte jetzt die Behandlung der nekrotischen Stelle mit Uviollicht während meiner Abwesenheit weiter; auch in dieser Zeit war kein Exanthem aufgetreten. Erst am 10./VIII. konstatierte ich auf dem Rücken einzelne Roseolaflecken, die mich veranlaßten, zu einer Injektionskur überzugehen.

II. Referate.

Entzündliche Dermatosen.

1) **Note pour servir à l'étude des tuberculides papulosquameuses. Trois cas de tuberculides à forme de parapsoriasis**, par A. Civatte. (Annales de dermatologie et de syphilis. 1906. Nr. 3.)

Verf. schildert 3 Fälle von Parapsoriasis, welche sich als wenig auffallende, generalisierte Eruption über den ganzen Körper mit Ausschluß von Kopf, Gesicht, Hals und Extremitäten verbreitete. Den Maculae und hemisphärischen linsengroßen Papeln folgten platt aufgelagerte, nicht juckende Schuppen. Die Entwickelung der Eruption ging in Schüben vor sich, jede der einzelnen Effloreszensen hielt etwa 4 Wochen an, um dann wieder anderen Platz zu machen. Die Affektion betraf Personen zwischen 20 und 30 Jahren, zwei davon waren selbst der Tuberkulose verdächtig, der dritte stammte von einer tuberkulösen Mutter. Die histologischen Bilder ergaben in verschiedenen Zeiten bei allen Fällen einmal nichts wesentliches, ein anderes Mal leicht erkennbare Tuberkulose: Runde, epitheliale und Riesenzellen, Kaseifikation, aber keine Tuberkelbazillen. Verf. hält die Parapsoriasis für eine atypische Tuberkulose der Haut. Er weist auf die Ähnlichkeit seiner Fälle mit der von Neisser und Jadassohn beschriebenen Psoriasis nodularis oder Pityriasis lichenoides hin. J.

2) **Beitrag zur Therapie des Lichen ruber planus**, von Otto Seifert. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. LXXX. 1906. S. 215.)

Verf. empfiehlt zur Behandlung der Lichen ruber planus, besonders der unteren Extremitäten, den Zinkleimverband. Durch denselben wird einerseits



das Reiben durch die Kleidungsstücke, dann bei der Lokalisation an den Unterextremitäten der schädliche Einfluß der Zirkulationsstörungen, soweit Varicen in Betracht kommen, beseitigt, und schließlich ist die Unmöglichkeit zu kratzen von nicht zu unterschätzender Bedeutung. Der Juckreiz erfährt hierdurch eine deutliche Abnahme. Neben dieser Schutztherapie führt aber Verf. die Arsenikbehandlung durch. V. Lion-Mannheim.

3) **Über Pityriasis rubra pilaris. Histopathologische Untersuchungen insbesondere des Hautnervensystems,** von Carlo Vignolo. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. LXXIX. 1906. S. 273.)

Genaue histologische Untersuchung eines Falles von Pityriasis rubra pilaris bei einem 46 jährigen Patienten, namentlich mit Rücksicht auf die Hautnerven lieferte dem Verf. folgende Ergebnisse: Im Gegensatz zu den Veränderungen bei Lichen ruber sind bei der Pityriasis rubra pilaris die Veränderungen der Epidermis von besonderer Bedeutung, stark ausgesprochen und wesentlich durch eine deutliche, typische Hyperkeratose der Follikel charakterisiert. Die Veränderungen des Koriums sind sehr gering. Aus ihnen entsteht ein Entzündungsprozeß, der sekundär nach den Veränderungen der Epidermis auftritt. Die Dermatitis ist in den oberen Lagen lokalisiert, der Papillarkörper und die subpapillare Schicht sind nur in geringem Grade befallen. Was das Nervensystem anlangt, so zeigten sich eine atrophisierende Sklerose der Nervi communicantes sowie Veränderungen der Nervenendigungen (Atrophie der Meißnerschen Körperchen). Verf. glaubt nun annehmen zu müssen, daß der neuritische Prozeß primär sei und es sich um eine toxische Neuritis handele bzw. um eine Autointoxikation. V. Lion-Mannheim.

4) **Contribution à l'étude clinique, pathogenique et nosologique de la granulosis rubra nasi,** par H. Hallopeau. (Journ. des maladies cutan. et syphil. 1906. April.)

An die Mitteilung von vier neuen Fällen von Granulosis rubra nasi knüpfte Verf. einige Bemerkungen über dieses interessante Krankheitsbild. Er konstatiert 1) daß es sich um eine hereditäre Erkrankung handelt, 2) daß sie häufig mit einer lokalen Asphyxie der Extremitäten vergesellschaftet ist. Ferner stellt sich heraus, daß die Hyperhidrosis nicht nur ein ständiges Symptom der Erkrankung ist, sondern das primäre Moment, und daß die Affektion sich auch über den eigentlichen Herd, die Nase, ausbreiten kann und zwar in der Umgebung der Ohren, auf den Wangen und an der Oberlippe. Auf Grund seiner Beobachtungen nimmt nun Verf. als wahrscheinlichste Erklärung des Krankheitsbildes eine die Vasodilatatoren der Schweißdrüsenglaueruli erregende Reflexaktion an (wodurch die intensive Rötung der kleinen Knötchen erklärt wird). Gleichzeitig aber findet in der Nachbarschaft eine Erregung der Vasokonstriktoren mit sekundärer Stase in den Kapillaren und den kleinsten Venen statt (wodurch die einer lokalen Asphyxie entsprechende Verfärbung und Kälte der benachbarten Hautpartieen ihre Erklärung findet). Bezüglich der Therapie: Empfehlung der Skarifikation gegen die Gefäßveränderung. Paul Oppler-Breslau.

5) **Di una dermatite cronica verrucoide delle mani,** pel Bosellini. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1906.)

Ein akuter, symmetrischer Blasenausschlag am Dorsum beider Hände und teilweise der Finger verschwindet und hinterläßt eine gerötete Fläche. Auf derselben tritt 14 Tage später eine netzartige verruköse Zeichnung von xanthelasmaartiger Färbung auf. Anatomisch fanden sich an der Mündung

der Schweißdrüsengänge intraepidermale und subpapilläre Cysten. Ein Teil derselben wird abgestoßen und hinterläßt eine glatte, atrophische, etwas gerötete Haut. Ein anderer Teil bildet sich herdweise in offene oder mit Krusten bedeckte Geschwüre um, welche erst allmählich unter Hinterlassung geröteter Narben ausheilen. Eine gleiche Affektion, der nur das akute Blasenstadium fehlte, wurde vom Verf. im vorigen Jahr bereits in zwei Fällen beschrieben.

Dreyer-Köln.

6) **Follicolite stafilogena vegetante**, pel Truffi. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1906.)

Verf. beschreibt in zwei Fällen (bei einem Mann und einer Frau) gutartige, schnell sich entwickelnde, breitaufsitzende, von Epidermis bekleidete Granulationstumoren des Gesichts, welche von vielfachen follicullären Abscessen durchsetzt sind. Histologisch bestehen sie aus jungem, zellreichen Bindegewebe, neugebildeten Gefäßen in der Umgebung der Follikel und staphylokokkenhaltigen Eiterungen in diesen. Verf. bezeichnet die Affektion als Folliculitis staphylogenes vegetans. Warum er dieselbe mit der Botryomycosis in Vergleich bringt und nicht zu den luxurierenden Formen der Sycosis staphylogenes zählt, ist nicht ersichtlich.

Dreyer-Köln.

7) **Glossite areata cronica**, pel Carmelo Calderone. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1906.)

In einem der beiden beschriebenen Fälle lag gleichzeitig Syphilis vor, der andere war mit einer tiefen Furchung der Zunge verknüpft. Die exfoliierten Herde saßen hauptsächlich am Rande der Zunge und griffen auf die untere Fläche über. Im ersten Fall hing die Affektion mit Hyperacidität und Darmstörungen zusammen, so daß bei Hebung der letzteren stets eine Besserung und scheinbare Heilung der Zunge eintrat. Im zweiten Falle bewies die Nutzlosigkeit der spezifischen Therapie trotz vorhandener Syphilis den Mangel des Zusammenhanges mit dieser Allgemeinerkrankung. Eine Rolle in der Ätiologie spielte hier vielleicht der Druck eines Aortenaneurysmas auf den Plexus sympathicus. Eine histologische Untersuchung ergab im ersten Fall Degeneration des Epithels mit Leukocytenansammlungen zwischen demselben, sowie Entzündung in dem subepidermalen Bindegewebe.

Dreyer-Köln.

8) **A brief summary of the clinical and pathological features of cutaneous blastomycosis with a report of a case**, by B. H. Oberembt. (The Post-graduate Bullet. Milwaukee. 1906. Nr. 4.)

Der sonst stets gesunde, 72jährige Mann aus gesunder Familie bemerkte ein kleines Knötchen am Kinn, welches nicht heilen wollte, sondern langsam größer wurde, nach Exstirpation und Röntgen-Bestrahlung rezidivierte und schließlich unter Spannen und Brennen die ganze linke Hälfte des Kinnes überwucherte. Die unregelmäßige, papilliforme Erhöhung bestand aus vielen kleinen, seropurulentes Sekret absondernden, übel riechenden Abszessen oder leicht blutenden Krusten. Die klinische Diagnose wurde durch den histologischen Befund bestätigt. An diesen Fall schließt Verf. eine Besprechung des klinischen und histologischen Bildes der Blastomykosis der Haut, deren Differentialdiagnose mit verruköser Tuberkulose, Epitheliom und Syphilis, sowie der therapeutischen Methoden. Die beste Prognose ergebe eine gründliche Operation, auch Röntgen-Strahlen wirken oft günstig, innerlich scheinen große Dosen Jodkali geradezu ein Spezifikum darzustellen; wo dieselben vom Magen nicht vertragen werden, gebe man sie per rectum. Zweckmäßig kombiniert man die drei Methoden, indem man die Operationswunde mit Röntgen-Strahlen

nachbehandelt, was auch eine bessere Narbe erzielt, und gleichzeitig Jodkali verabreicht. J.

9) **A study of some tropical ulcerations of the skin with particular reference to their etiology,** by Richard P. Strong. (The Philippine Journ. of science. 1906. Nr. 1.)

Die Beobachtungen des Verf.'s führten zu dem Schlusse, daß bei Ausschluß aller Fälle von Lues, Lepra, Hauttuberkulose und „Yaws" in Manila noch mehrere Formen chronischer Hautulzerationen mit verschiedener Ätiologie anzutreffen sind. Unter diesen ist eine verhältnismäßig seltenere Form augenscheinlich blastomyketischen Ursprunges und die bei dieser aufgefundenen Stäbchenbazillen ähneln den Formen, welche in einigen Fällen von Orientbeule beschrieben wurden und scheinen eine Protozoenart zu sein, die mit den Donovan-Leishmanschen Körperchen in Beziehung stehen. J.

Cirkulationsstörungen der Haut.

10) **Sur la pathogenie des eruptions bromiques,** par A. Pasini. (Annales de dermatologie et de syphilis. 1906. Nr. 1.)

Bei einer Patientin, welche gegen nervöse Zustände, Magenbeschwerden und Hypoacidität sowie Achlorhydrie des Magensaftes Brom genommen hatte, erschienen neben Blässe, Schwäche, Somnolenz, Nachlassen des Pulses und Herzschlages, Papeln und Pusteln auf der Haut von Gesicht, Kopf, Brust, Rücken und Extremitäten. Bemerkenswert war die Hypertrophie der Thyreoidea während des Bromismus. Diese sowie alle anderen Symptome verschwanden, sobald das Brom weggelassen wurde. Die histologische Untersuchung ergab: Anhäufung der Leukozyten inmitten des proliferierten Bindegewebes und im Derma, Degeneration der Bindegewebszellen. Die toxische Substanz, welche diese Veränderungen hervorruft, sieht Verf. in dem freien Brom, welches bei achlorhydrischem Zustande des Magensaftes aus den Brompräparaten abgespalten wird. Verf. beweist diese Ansicht durch klinische Beobachtungen und chemische Experimente. J.

11) **Ein Beitrag zur Kenntnis der Entstehung der Arzneiausschläge,** von Paul Richter. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. LXXIX. 1906. S. 257.)

Verf. bespricht an Hand der äußerst genau zusammengestellten Literatur die Frage der Arznei- bzw. Jodexantheme und berichtet über einen Fall von einem 37 jährigen Patienten, bei welchem die Jodausscheidung durch den Urin, bei sonst völlig normalem Harn, vollständig aufgehoben war, und bei dem es infolge der Jodausscheidung in seborrhoisch erkrankte Haarbalgdrüsen zur Bildung tiefgreifender, großer, nur schwer heilender Geschwüre in der behaarten Haut des Kopfes und der Oberlippe kam. Verf. betont die Wichtigkeit der Urinuntersuchung bei jedem Patienten, der mit Jod behandelt wird. V. Lion-Mannheim.

12) **Les oedemes aigus circonscrits de la peau et des muqueuses,** par R. Morichau. (Annales de dermatologie et de syphilis. 1906. Nr. 1.)

Verf. gibt eine eingehende Schilderung der 3 Arten des akuten cirkumskripten Ödems, des arthritischen, peliösen und Quinckeschen Ödems. Gleichviel ob die Affektion mit Arthritis, Neuroarthritis einhergehe, durch Kälte oder Trauma erzeugt, durch Heredität begünstigt sei, stets erweise sich das Ödem als die Folge von Toxininfektion, welche von einem krankhaften Zu-

stande des Magens oder Darmes herrühre. Durch diesen Ursprung erklärt sich auch das häufige gleichzeitige Auftreten von Ödem und Urticaria. Für die Therapie lassen sich die Untersuchungen des Verf.'s dahin verwerten, daß bei der Behandlung der akuten, cirkumskripten Ödeme das Hauptaugenmerk auf die Magendarmfunktionen gerichtet sein muß. Milch- und Mehldiät, Purgativa, Darmantiseptica, Darmausspülungen und der Gebrauch des Aspirin werden stets gute Dienste leisten. J.

Venerische Helkosen.

13) **Ein Beitrag zur Behandlung des Bubo ex ulcere molli,** von A. Stenzel. (Allg. militärärztliche Zeitung. 1906. Nr. 27.)

Von chirurgischen Behandlungsmethoden übt Verf. als Normalverfahren die Exstirpation der Bubonen. Ist die Haut bereits in größerem Umfange fixiert oder Fluktuation nachweisbar, so gelingt es etwa noch in 30 % der Fälle durch tagelange Applikation des 50—60° C. entwickelnden Bauerschen Thermogens die Bubonen zur Rückbildung zu bringen; zum mindesten gelingt es auf diese Weise das spätere Schankröswerden zu verhüten. Bei bereits schankrösen Bubonen bewährte sich außerordentlich das Austapezieren des Grundes und der Ränder mit Kristallen von Kupfervitriol und darauffolgendes Anfüllen der ganzen Höhle mit 25 %iger Lösung. Nach $^1/_4$ bis $^1/_2$ Stunde wird der Kupfer entfernt und die Demarkation ist meistens in 24 Stunden vollendet. Die schmerzhafte Auskratzung der Bubonen nach der Inzision ist Verf. entbehrlich geworden, seit er beim geringsten Anzeichen von Schankröswerden die betreffende Stelle in der angegebenen Weise behandelt. Amende-Steglitz.

14) **Eine praktische Behandlungsmethode beim weichen Schanker,** von J. Almkvist. (Allg. schwed. Ärzte-Zeitung. 1906. Nr. 23.)

Obgleich verschiedene gute Methoden (obenan die Wärmemethoden) beim weichen Schanker uns zu Gebote stehen, gibt es Fälle, wo keine von den gewöhnlichen ganz paßt, weil sie den Patienten in seinem täglichen Schaffen zu viel stören. Solche Patienten bedürfen einer Methode, die 1) von ihnen selbst sich leicht ausführen läßt, 2) mit Sicherheit unschädlich ist, und 3) das Schankergift tötet. Nach den mehrjährigen Erfahrungen des Verf.'s entspricht eine aus Langs Klinik stammende Methode wohl diesen drei Forderungen. Sie besteht einfach aus Umschlägen mit $^1/_2$ %iger Lösung von Cuprum sulfuricum. Wenn die Geschwüre unter der Vorhaut sitzen, wird diese zurückgezogen, die Geschwüre mit der Kupferlösung gewaschen und mit in derselben getauchten Wattekompressen dicht bedeckt, worauf die Vorhaut reponiert wird. Wenn die Geschwüre offen sitzen, werden sie gleicherweise behandelt und die Watte mit Umschlagbattist bedeckt und mit einer Binde fixiert. Die Umschläge dürfen nicht eintrocknen, sondern müssen 3—5 mal in 24 Stunden gewechselt werden. Die $^1/_2$ %ige Kupfersulfatlösung ätzt nicht und bildet keine Kruste; sie reinigt die Geschwüre innerhalb kurzer Zeit. Noch schneller geht es, wenn der Pat. einigemal im Beginn Gelegenheit zu Wärmebehandlung (z. B. nach Audry) hat oder dann und wann bei dem Verbandwechsel Heißwasserwaschungen vornehmen kann. Bei Komplikation mit Phimosis verwendet Verf. kombinierte Wärme- und Kupferbehandlung. Mit einer Wundspritze, 30—50 ccm haltend und mit langem Ansatze versehen, muß der Pat. den Präputialsack genau ausspülen mit folgender Lösung: Rp. Solut. cupr.

sulfuric. 20:300. Ein Eßlöffel auf ein Trinkglas heißes Wasser zum Einspritzen.

F. Clason-Upsala.

15) **Kurzer Bericht über durch Biersche Stauung mit Saugglocken bei Bubonen und einigen urologischen Erkrankungen erzielte Erfolge,** von Fritz Böhme. (Centralbl. f. d. Krankh. d. Harn- u. Sexualorg. XVII. 1906.)

Verf. behandelt bereits erweichte Bubonen ebenso wie solche, die sich erst in der Entwickelung befinden, nach dem Bierschen Verfahren mit Saugglocken, ohne daß in den meisten Fällen eine Stichinzision nötig war. Auf diese Weise kam der Eiter in einigen Tagen zur Resorption, ein bequemes Verfahren, das namentlich bei messerscheuen Patienten zuerst versucht werden sollte. Ebenso wurde bei Komplikationen des Trippers (periurethrale Infiltrate, paraurethrale Cysten) das Saugverfahren mit Hilfe von cylinderförmigen, für den Penis speziell hergestellten Glocken mit gutem Erfolg angewandt, während nach Stauungen bei akuter Gonorrhoe durch Abschnürungen des Gliedes meist Verschlimmerungen beobachtet werden.

Walter Schneider-Königsberg.

16) **Ulcera mollia extragenitalia,** von Grouven. (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 26.)

Das letzte Jahrzehnt hat eine größere Reihe Beobachtungen gebracht, daß das Ulcus molle extragenitale nicht so selten ist; durch die Entdeckung und Anerkennung des Unna-Ducreyschen Bazillus ist die Diagnose desselben auf eine sichere Basis gestellt worden. Eine 24jährige Magd weist Ulzeration an der Rachenschleimhaut auf, mit schmierig belegter Granulation und zum Teil papillärer Wucherung. Auf Tuberkulininjektion erfolgt keine Reaktion; auf Jodipininjektionen macht der geschwürige Zerfall Fortschritte. Die Untersuchung ergibt Unna-Ducreysche Streptobazillen. Auf Jodoformbehandlung tritt in wenigen Tagen Vernarbung der Ulcera ein. Ein 25jähriger Arbeiter hat eine Ulceration an der Schleimhaut der Unterlippe mit leicht infiltrierten Rändern und beiderseits leicht geschwollenen indolenten Submaxillardrüsen. Die Diagnose schwankt auch hier zwischen Lues und Tuberkulose bzw. Carcinom. Die Probeexzision ergibt reichlichen Bazillenbefund; die Streptobazillen entsprechen nach Form und Anordnung den Ducreyschen. Die eingeleitete Jodoformbehandlung hat prompten Erfolg.

Schourp-Danzig.

17) **Über Bubonenbehandlung nach der Bierschen Methode,** von Felix Moses. (Medizin. Klinik. 1906. Nr. 13.)

Die an 25 Fällen gemachten Erfahrungen lassen eine Abkürzung in der Behandlungszeit erkennen. Die Behandlung selbst ist schmerzlos und ambulatorisch durchführbar. Verf. hat nach Desinfektion der betreffenden Hautpartie und senkrechtem Stich auf der Höhe des Tumors bis ins Zentrum der Drüse ein Saugglas, dessen Querschnitt dem eines Hühnereis gleicht, angewendet und mittels Druckspritze etwa 1 Stunde gesaugt. Nur die kranken Partien werden zerstört, die funktionsfähigen bleiben erhalten.

F. Biberstein-Gleiwitz.

18) **Bemerkungen zu der Arbeit von Felix Moses: Über Bubonenbehandlung nach Bierscher Methode,** von Max Joseph. (Medizin. Klinik. 1906. Nr. 14.)

Verf. weist auf die in der Deutschen med. Wochenschrift 1905. Nr. 38 erschienene Veröffentlichung über in seiner Klinik mit Bierscher Stauung

behandelte Bubonen hin, die Felix Moses bei der Abfassung seiner Arbeit entgangen ist.

F. Biberstein-Gleiwitz.

19) **Über Bubonenbehandlung**, von Paul Richter. (Medicin. Klinik. 1906. Nr. 8.)

Zur Vermeidung der bei Ulcera mollia auftretenden Bubonen ist eine frühe Behandlung der ersteren nötig. Abgesehen vom Jodoform bewährten sich dem Verf. feuchte Verbände mit 3%iger essigsaurer Tonerde, mindestens 3mal täglich, oder besser noch 5%ige Resorzinlösung. In einem schwereren Falle half das alte, nicht ungefährliche Mittel, Cuprum sulfuricum in 2%iger Lösung, angewandt bis zur Erzielung fester Schorfe, um dann durch 5%ige Europhensalben ersetzt zu werden. Im Beginn der Drüsenanschwellung lasse man kalte, später warme Umschläge machen und 10%iges Jodvasogen oder Jothionsalbe einreiben. Bleibt die Besserung aus, so macht Verf. Druckverbände nach Neebe. Schmilzt dennoch die Drüse eitrig ein, so ist die beste Behandlungsmethode die frühzeitige Punktion mit dem Messer, nicht mit der Saugspritze, dann die Injektion von Flüssigkeit mit folgendem Druckverband. Als beste Injektionsflüssigkeit hielt Verf. das Perhydrol-Merck, welches durch Verschäumung bei Berührung mit lebendem Gewebe mechanisch reinigend und durch den naszierenden Sauerstoff bakterizid wirkt. Nach mehrmaliger Füllung der Wundhöhle mit 1—3%iger Verdünnung von Perhydrol injiziert Verf. zum Schluß eine kleine Menge der Lösung und legt einen Druckverband für 1—3 Tage an. Die bei der Injektion auftretenden Schmerzen sind vorübergehend.

F. Bibertein-Gleiwitz.

Syphilis.

20) **Über eine neue Klasse von jodhaltigen Mitteln**, von Emil Fischer und J. v. Mering. (Medizin. Klinik. 1906. Nr. 7.)

Die Verff. haben in dem zur Klasse der Salze von Monojodfettsäuren gehörigen monojodbehensauren Kalzium, das unter dem Namen Sajodin in den Handel kommt, ein in Wasser unlösliches, geruch- und geschmackloses Präparat von 26% Jod- und 4,1% Kalzium gefunden, das in 10 Fällen von tertiärer Lues, in 5 Fällen von Bronchialasthma und 6 Fällen von Arteriosklerose in Dosen von 1—3 g pro die mit gutem Erfolge und ohne die Erscheinungen des Jodismus gegeben wurde. Ebenso ergab eine Prüfung des Präparates durch Lassar an etwa 100 Fällen von Spätsyphilis günstige Resultate, welche demnächst publiziert werden sollen.

F. Biberstein-Gleiwitz.

21) **Praktische Erfahrungen mit Sajodin**, von Kurt Roscher. (Medizin. Klinik. 1906. Nr. 7.)

Die Prüfung des Präparates in 39 Fällen tertiärer und maligner Syphilis und einem Falle von Arteriosklerose ergab, daß es vom Magendarmkanal gut vertragen wird, in wenigen Fällen rasch vorübergehende geringe Nebenerscheinungen auftraten, daß trotz des geringeren Jodgehaltes die Wirkung derjenigen des Jodkalium bei gleicher Dosis gleichkam, und daß es in Fällen von großer Empfindlichkeit gegen Jodnatrium dauernd gut vertragen wurde; nur in einem Falle versagte es.

F. Biberstein-Gleiwitz.

22) **Jodismus acutus und Thyreoiditis acuta**, von Lublinski. (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 8.)

Einer 52jähr. Frau mit rezenter Lues wurde nach einer Quecksilberkur $5^1/_2$%ige Jodkalilösung verordnet, von der 3mal täglich 20 ccm in Milch

genommen werden sollten. 4 Tage später fand sich eine in die Augen fallende gleichmäßige Schwellung der Schilddrüse, die sich wie ein weicher Kropf anfühlte, neben leichtem Schnupfen ohne Veränderungen der Pupillen, Atmung und Pulsschwellung wegen Menstruation oder Gravidität war ausgeschlossen. Es konnte sich nur um eine durch Lues oder Jod bedingte Schwellung handeln. Nach Fortlassen der Jodeinnahme war die Schilddrüse schon nach 3 Tagen kleiner. Erneute Joddarreichung hatte eine Wiederholung der Anschwellung zur Folge, welche wiederum nach Aussetzen des Medikamentes verschwand.

Schourp-Danzig.

23) **Pathologisch-anatomischer Befund bei 7 Fällen von venerischem Granulom,** von Kuhn. (Berliner klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 19.)

Verf. hat die Organe von 7 Melanesen, die in Deutsch-Neu-Guinea an venerischem Granulom behandelt bzw. gestorben waren, untersucht und berichtet hierüber in der Gesellschaft der Charité-Ärzte. Als venerisches Granulom ist in den letzten Jahren eine in den heißen Zonen vorkommende, per coitum übertragbare Geschlechtskrankheit beschrieben, die ähnlich einem Schanker als Knötchen meistens unter der Oberhaut beginnt, später durchbricht und eine rötliche, leicht blutende Granulationsfläche zurückläßt. Durch das Sekret dieses Geschwürs breitet sich der Prozeß in der Genitalgegend und von hier schließlich über die ganze Körperoberfläche aus. Schwere Allgemeinerscheinungen fehlen, doch führt schließlich das Leiden, da keine Spontanheilung eintritt, durch allgemeine Kachexie oder interkurrente Krankheiten, besonders Tuberkulose, zum Tode. Quecksilber und andere Mittel helfen nichts. Die einzige Möglichkeit, das Leiden zu heilen, ist die Exstirpation oder Kauterisation aller erkrankten Teile bis in das gesunde hinein. Neuerdings sind auch Weiße durch Ansteckung von seiten schwarzer Frauen befallen. Bei der mikroskopischen Untersuchung finden sich Granulationswucherungen, die dem Bilde der Syphilis ähnlich sind. Verf. kommt zu dem Schluß, daß das venerische Granulom weder mit der Syphilis noch mit dem Schanker, der Framboesie, Beulenkrankheit oder anderen Granulationsgeschwülsten zu identifizieren ist und daher als eine besondere, zu der in Europa bekannten Trias neu hinzukommende Geschlechtskrankheit angesehen werden muß.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

24) **Versuche zur Übertragung der Syphilis auf Affen.** IV. Mitteilung. In Gemeinschaft mit Dr. Siebert und Dr. Schucht in Breslau ausgeführt von A. Neisser. (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 13.)

a) Versuche über tertiäre Syphilis. Aus den 17 Versuchen, worunter fünf positive und zwölf negative Impfungen sich befinden, ergibt sich, daß die frische bezw. noch nicht durch Nekrose oder Vereiterung zerstörte syphilitische Neubildung, auch wenn sie als sogen. tertiäre Form auftritt, Parasiten enthält, welche, auf Affen überimpft, typische Primäraffekte erzeugen. Dabei ist es gleichgültig, ob diese tertiären Formen in verhältnismäßig frühen oder erst sehr späten Zeiten nach der Infektion auftreten. Ist aber eine spezifisch gummöse Degeneration eingetreten, so gelingt die Impfung nicht mehr. Aus diesen Resultaten folgt, daß jede tertiäre Erscheinung als kontagiös und jeder mit tertiären Erscheinungen behaftete Mensch als Träger von noch lebendem Virus angesehen werden muß, daß sich allerdings ein verhältnismäßig geringer Grad von Ansteckungsgefährlichkeit für die tertiären Prozesse und besonders für die offenen, zerfallenen und vereiterten Formen ergibt. Es muß also in jedem Falle tertiärer Lues mit der Möglichkeit ge-

rechnet werden, daß nicht nur an der einen Stelle, wo der tertiäre Prozeß erscheint, lebendes Virusmaterial vorhanden ist, sondern auch in anderen Organen, in denen sich dann auch früher oder später frische Syphilisprozesse entwickeln könnten. — b) Versuche über hereditäre Syphilis. Impfversuche mit Herzblut, Niere, Lunge, Leber, Ovarium — Organen, mit welchen es bis jetzt bei aquirierter Lues nicht gelungen ist, Impfresultate zu erzielen — sprechen dafür, daß es sich bei der kongenitalen Syphilis um eine auf dem Blutwege sich vollziehende und fast alle Organe durchsetzende Parasitendurchseuchung handelt. Ein positives mit Nasenschleim erzieltes Resultat weist auf die Möglichkeit hin, daß solcher Nasenschleim der Ausgangspunkt für eine zufällige, extragenitale Infektion sein könne.

Schourp-Danzig.

25) **Weitere Untersuchungen über die Ätiologie der Syphilis,** von J. Siegel. (Münchener med. Wochenschrift. 1906. Nr. 2.)

Vor Verf. haben Klebs und Döhle und mit Sicherheit auch Losdorfer und Stassano den Cytorrhyktes luis beschrieben, welch letztere echte Parasiten und Zerfallsgebilde der Blutkörperchen durcheinander gebracht haben. Die Beobachtungen Siegels erstreckten sich in erster Linie auf die Konstatierung des lebenden Parasiten, da nur hierdurch der strikte Beweis für dessen spezifische Natur erbracht wird, während die gefärbten Gebilde nur eine wertvolle Ergänzung bieten. Vergleichsweise wurde gesundes und krankes Blut untersucht. Bei gesunden Menschen ist die Anzahl der Körnchenbildungen (Hämokonien) eine ganz variable. Von den Zerfallsprodukten, welche in außergewöhnlich großer Menge im Blute von Typhus, schwerer Septikämie, in durch Toluylendiamin hämolysierten Mäuseblut, sowie im Leichenblut sich vorfinden, unterscheidet sich der Cytorrhyktes luis auf Grund der früher vom Verf. beschriebenen Merkmale. Die drei Kardinalsymptome sind: stärkster Glanz, deutliche Teilung der Kerne, heller Saum, unter günstigen Umständen Geißelbeobachtung. Die Färbung des Parasiten ist mit allen Bakterienfarbstoffen möglich; indessen ist die vom Verf. angegebene Hämatoxylinazurmethode die beste, die (im Nachtrage geschilderte) neue mittels Boraxmethylenblaulösung die einfachste. Zur sicheren Diagnose ist der dreifache Nachweis im Ausstrich, im Schnitt und im lebenden Blute nötig. Als Impftiere eignen sich Kaninchen, weiße Mäuse und Affen. So war auf diesem Wege bei einem Ulcus mixtum hominis der Nachweis der Lues möglich, zu einer Zeit, zu welcher klinisch diese noch nicht konstatiert werden konnte. Mit großen Dosen geimpfte Kaninchen gehen alsbald zugrunde, mit kleinen Dosen geimpfte siechen trotz bester Pflege dahin. In mehreren Fälllen zeigte sich noch nach 6—7 Monaten an Kopf und Füßen eine eigentümliche papulöse und ulzeröse Hauterkrankung. In der Leber eines verendeten Kaninchens fand sich 14 Tage nach der Impfung eine diffus verbreitete Bildung miliarer Knötchen, die den miliaren Gummabildungen der kongenitalen Menschenlues ähnelten. Tuberkelbazillen fehlten, dagegen waren Cytorrhykten nachzuweisen, so daß wahrscheinlich der seltene Fall einer experimentellen Gummabildung vorliegt. Alle Impfresultate zeigen vielmehr das Bild der kongenitalen menschlichen Lues als das der erworbenen. Die bei 30 weißen Mäusen subkutan und intraperitoneal ausgeführten Impfungen waren positiv. Vom Ende der ersten Woche an waren im Blute der Schwanzspitze Flagellaten etwa 3—4 Wochen lang nachzuweisen. Das Bild wird bei diesen Tieren durch zahlreiche Anwesenheit von Saprophyten und Zerfallsprodukten gestört.

Primäraffekte sind selten und wenig charakteristisch. In 2 Fällen bildete sich an der Einstichstelle eine steinharte Geschwulst, die zu ulzerieren begann. Von Affen wurden zu den Versuchen nur tuberkulosefreie verwendet. Diese leben außergewöhnlich lange unter immer neu auftretenden Erscheinungen: Sekundäreruptionen. In einem Falle bestanden Hautödem, besonders im Gesicht und am Hodensack. Auch tertiäre Erscheinungen kommen vor, wie eine Beobachtung von Klebs zeigt (Knochennarben an einem Affenschädel, der sich im pathologischen Museum zu Prag befindet). Merkwürdig ist es, daß, je höher die Außentemperatur (Hochsommer oder künstliche Hitze) bei der Impfung ist, die Krankheitserscheinungen desto schwerer werden, analog der Syphilis in den Tropen. Eine günstige Beeinflussung der Affenerkrankungen wurde durch Sublimatinjektionen erzielt. Vom Tage der Impfung an wurde eine gesetzmäßige Leukocytenvermehrung nachgewiesen. Der Mitarbeiter des Verf.'s, Böing, machte Zählungen bei 7 Affen. Erst nach dem plötzlichen Aufstieg der Kurve tritt das Exanthem auf. In 20 Fällen von Blut syphilitischer Menschen ergaben die Untersuchungen, daß zur Zeit des einfachen Primäraffektes sich nichts Verdächtiges findet, wohl aber in der Zeit des Exanthems, nämlich wohl ausgebildete Parasiten. In der zweiten, noch mehr in der 3. Woche während der eingeleiteten Schmierkur wurde die Zahl der Flagellaten geringer, um dann allmählich nicht mehr nachweisbar zu werden. In einigen abgeheilten Fällen wurde vergebens nach Parasiten gesucht. In Kulturen, welche Ficker aus aseptisch exzidierten Sklerosen zum Nachweis von Spirochäten auf Menschenblutboullion, Ascitesboullion und -Agar anlegte, wies Verf. Cytorrhykten ohne Beimengung anderer Parasiten nach. Verf.'s Mitarbeiter, Janke, impfte auf Nabelschnurblutbouillion mittels Übertragung von Blutstropfen, die von syphilitischen Plazenten stammten. Bei viermaligem Weiterimpfen in Zwischenräumen von 14 Tagen wurden die Parasiten lebend erhalten. Jede Öse enthielt wieder mehr Parasiten. Kontrollimpfungen auf Agar oder anderen üblichen Nährsubstraten zeigten niemals Bakterienwachstum. Der Inhalt der letzten Röhre wurde einem Affen injiziert. Nach 14 Tagen mit der Akme der Leukocytenkurve traten Psoriasis palmaris und multiple Lymphdrüsenschwellungen auf. Im Blute war der Cytorrhyktes luis nachzuweisen.

G. Trautmann-München.

26) **Ein 10 Jahre lang klinisch beobachteter Fall von Hirnsyphilis,** von Hans Kohn. (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 13.)

Bei einem damals 29jährigen Manne wurde vor 10 Jahren eine plötzlich aufgetretene Geistesstörung auf eine anatomische Gehirnläsion zurückgeführt. Eine Inunktionskur brachte völlige Heilung. Wegen absolut negativer Anamnese und der Möglichkeit eines anderen akuten Hirnprozesses wurde von weiterer Quecksilber-Behandlung zunächst Abstand genommen, bis 2 Jahre später eine rechtsseitige Hemiplegie mit Sprachstörung eine spezifische Kur veranlaßte, welche wiederum vollkommene Heilung brachte. Unter intermittierender spezifischer Kur blieb der Patient 8 Jahre lang berufsfähig, bis er unter Sprachstörung mit einer Paralyse des linken Armes erkrankte und 14 Tage später starb. Die Autopsie ergab eine enorme Sklerose sämtlicher Gehirnarterien, eine alte Cyste im rechten Schläfenlappen und einen frischen großen Blutherd im linken Pedunculus cerebri, außerdem in der Aorta ascendens einen markstückgroßen, ins Lumen vorspringenden Buckel. Die intermittierende Kur hatte keinen Präventivwert, sondern nur in der Weise gewirkt, daß sie zur Zeit der Kur zufällig im Körper sich entwickelnde

syphilitische Prozesse im Keime erstickte. Mit dem Schwinden eines gummösen Prozesses einer Arterie tritt aber keine Restitutio ad integrum ein, sondern unter Verlust des elastischen Gewebes erfolgt ein Narbengewebe, also in gewissem Sinne schon eine Sklerose. Schourp-Danzig.

27) **Über Syphilis der Caruncula sublingualis**, von Heller. (Berliner klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 30.)

Verf. fand bei einer luetischen Patientin rechts auf dem Boden der Mundhöhle unter dem vorderen Teil der Zunge eine hahnenkammähnliche, etwa 5 mm dicke, 1,75 cm lange, 1,5 cm hohe, nach beiden Seiten bewegliche Neubildung, die auf Druck wenig schmerzhaft war und keine Art von Flüssigkeit hervortreten ließ. Die Bekleidung war normal erscheinende Schleimhaut, auf der Höhe des Tumors war sie hellweißlich gefärbt. Die Geschwulst wurde mit einem Scherenschlag entfernt. Die Wunde heilte spontan. Aus der klinischen und anatomischen Untersuchung des Falles glaubt Verf. schließen zu müssen, daß es sich um eine noch nicht beschriebene irritative Syphilis der Glandula sublingualis gehandelt hat. Lengefeld-Brandenburg a./H.

28) **Über Syphilome innerer Organe Neugeborener und ihre Beziehungen zur Spirochaete pallida**, von Babes und Mironescu. (Berliner klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 34.)

Im ersten Fall handelte es sich um ein asphyktisch geborenes und einige Stunden nach der Geburt gestorbenes Kind, das keine Zeichen kongenitaler Syphilis darbot. Nur in der Lunge fanden sich zahlreiche weißliche Geschwülste von Erbsengröße, in denen ganze Kolonien von Spirochäten gefunden wurden. In einem zweiten Fall war der Leberbefund interessant. Es handelte sich um umschriebene Syphilome der Leber. Außer in diesen waren die Spirochäten nur in den ungemein erweiterten Leberkapillaren der Stauungsleber zu finden. Lengefeld-Brandenburg a./H.

29) **Die Biologie der Vererbung und ihre Bedeutung für die Syphilisforschung**, von F. B. Solger in Rostock. (Dermatologische Zeitschrift. 1906. August.)

Seit längerer Zeit wissen wir, daß bei der Befruchtung zwei sogen. Keimzellen, also zwei echte, vollwertige Körperzellen, die eine vom Vater, die andere von der Mutter stammend, mit einander verschmelzen und zur Bildung eines neuen Lebewesens führen. Es verschmelzen nun bei der Befruchtung nicht beide Keimzellen miteinander, sondern es wird die Hälfte sowohl der Samenzelle, wie der Eizelle ausgestoßen und eliminiert. Die Keimzelle wird auf die Hälfte ihres Inhaltes reduziert. Alles was auf die Befruchtung oder Amphimiais Bezug hat, was zu ihr führt und von ihr seinen Ausgang nimmt, gehört zur Frage der Vererbung, zur Lehre der Heredität, nichts anderes. Deshalb gibt es überhaupt keine hereditäre Syphilis, denn ebensowenig wie ein erwachsener Mensch von einem anderen den Syphiliserreger erbt, so wenig erbt die Keimzelle ihn innerhalb des Körpers, und ebensowenig erbt ihn eine Keimzelle von der anderen. Wenn der Vererbungsakt mit der Verschmelzung der Keimzellen abgetan ist, so ergibt sich von selbst, daß Schädigungen oder überhaupt Einflüsse irgendwelcher Art, die den im Mutterleibe heranwachsenden Embryo treffen, nicht als ererbt bezeichnet werden können. Es wäre daher ein großer Fehler, eine intrauterin, auf dem Wege des Placentarkreislaufes, erworbene Syphilis hereditär zu nennen. Immerwahr-Berlin.

30) **Über einen eigenartigen Fall von Syphilis haemorrhagica bei einem Erwachsenen**, von Wilhelm Weitz. (Inaug.-Dissert. Kiel 1906.)

Während die meisten Literaturfälle hämorrhagische Papeln aufweisen, handelt es sich hier um hämorrhagische Flecken (Purpura), und zwar als erstes Exanthem. Mit diesem Falle ist vielleicht das Vorkommen einer Roseola haemorrhagica erwiesen, eine Auffassung, welche durch das einige Tage spätere Auftreten einiger weniger, aber typischer Maculae gestützt wird. Mikroskopisch war keine Gewebsblutung nachzuweisen, sondern unvollkommene Stauung und Veränderungen in den Blutgefäßen, wodurch es zu einem Transsudat hämoglobinhaltigen Serums kam, das das Gewebe durchtränkte. Der beschriebene Fall bietet sicher Anhaltspunkte für das Studium in der Unterscheidung von hämorrhagischen Symptomen bei akquirierter und kongenitaler Syphilis einerseits, und andererseits bei Syphilis und accidenteller nicht spezifischer Purpura. Trautmann-München.

31) **Paraffininjektionen bei luetischer Sattelnase,** von Silberstein. (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 14.)

Zwecks kosmetischer Verbesserung wurde einer Patientin mit syphilitischer Sattelnase $2^1/_2$ ccm Hartparaffin subkutan injiziert. Es trat eine Thrombose der Vena ophthalmica mit Druck auf den Nervus opticus ein, so daß vor den Paraffinplastiken der Nase gewarnt werden muß. Schourp-Danzig.

32) **Action de l'extrait de glande interstitielle du testicule sur le développement du squelette et des organes génitaux,** par Bonin et Ancel. (Gaz. des hôpitaux. 1906. Nr. 13.)

In einer Serie von früheren Versuchen haben die Verff. gezeigt, daß die innere Sekretion der Testikel ihre Quelle in den Elementen hat, die zwischen den Tubuli seminiferi liegen und deren Ganzes die interstitielle Drüsensubstanz darstellt. Diese allein besitzt die Wirkung auf den Organismus, die bisher als solche des Testikels im Ganzen bekannt ist. Fortgesetzte Injektionen von Extrakt der interstitiellen Substanz bei jungen kastrierten Tieren haben den Autoren ergeben, daß die hemmende Wirkung der Kastration auf die Entwickelung des Skeletts und der Genitalorgane durch eben diese Injektionen abgeschwächt werden kann. Paul Cohn-Berlin.

33) **Intoxication mercurielle d'origine thérapeutique par injections insolubles,** par Sicard. (Gaz. des hôpitaux. 1906. Nr. 9.)

Bericht über einen Fall von Intoxikation nach 4 Injektionen von Oleum ciner., die in Zwischenräumen von 7 Tagen gemacht waren: im Ganzen waren nicht mehr als 35—40 cg mettallisches Hg einverleibt. In den Hinterbacken fanden sich voluminöse Knoten, hervorgebracht, wie die Radiographie ergab, durch Depots von metallischem Hg. Nachdem die Depots herausgeschnitten waren, trat allmähliche Heilung ein. Über einen analogen Fall, der jedoch letal verlief, berichten Noir und Camus; 3 Tage nach der vierten Injektion traten Stomatitis, Albuminurie, Diarrhöe auf, nach einigen Tagen Exitus in der Kachexie. In der Diskussion wird übereinstimmend die Seltenheit derartiger Unglücksfälle und die Vorzüglichkeit und Unentbehrlichkheit der Behandlungsmethode betont. Paul Cohn-Berlin.

34) **Mitteilungen und Demonstrationen über experimentelle Syphilis, Spirochaeta pallida und andere Spirochätenarten,** von Erich Hoffmann. (Dermatologische Zeitschrift. 1906. August.)

Verf. demonstrierte einige Affen, welche er mit verschiedenem Syphilismaterial, wie Drüsenpunktionssaft, syphilitischem Blut, tertiären Syphiliden, Sperma usw. geeimpft hatte, ferner sprach er über die Bertarellischen Syphilisimpfungen am Kaninchenauge, die ihm selbst nicht gelungen sind,

außer daß in einem Falle eine Keratitis auftrat. Schließlich zeigte Verf. noch Spirochäten sowohl die pallida, als noch andere Arten und sprach über den Einfluß des Serums Syphilitischer auf die Spirochaete pallida im hängenden Tropfen.

Immerwahr-Berlin.

III. Therapeutische Notizen.

Alopecia pityrodes:

1) Rec. Acid. carbol. 1,0
Sulf. sublim. 10,0
Ol. Bergamott. gtt. XV.
Balsam. peruv. 2,0
Lanolini anhydr. ad 50,0

(Lassar, Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 27.)

J.

Psoriasis:

2) Rec. Pyrogallol
Acid. salicyl. ana 5,0
Vaselin ad 100,0

(Unna, Med. Klinik. 1906. Heft 40.)

J.

Stomatitis aphthosa:

3) Rec. Ol. amygdal. dulc.
Spir. vini rectif.
Mucil. arab. ana 15,0
M. f. emulsio
Adde Anaesthesin 1,0
Syr. simpl. 15,0
S. Zum Einpinseln.

(Hönigschmidt, Centralbl. f. d. ges. Ther. 1906.)

J.

IV. Vereinsberichte.

78. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Stuttgart vom 16.—22. September 1906.

(Berichterstatter: Dr. N. Meyer-Berlin/Wildungen.)

25. Abteilung: Dermatologie und Syphilidologie.

1) H. Neuberger: Bemerkungen zur Arsentherapie. Die Ansichten der Autoren über die Wirksamkeit des Arsen sind noch widersprechend. Vortr. steht auf dem Standpunkt, daß die Arsentherapie angebracht ist 1) in allen weitverbreiteten und akuten Fällen von Psoriasis, 2) in allen Fällen, wo die äußere Anwendung von Heilmitteln eine Dermatitis macht und 3) in Mischfällen mit anderen Krankheiten, wo sonst kein Erfolg zu erzielen ist. Die Arsenvergiftung wird wohl meist durch zu lange und zu großdosige Gaben verschuldet. Das Arsen darf nicht länger als 3 Monate gegeben werden, am besten hat sich die Solutio Fowleri in Gaben von 25 bis 30 Tropfen erwiesen.

Diskussion: Blaschko macht auf die außerordentlich launenhafte Wirkungsweise des Arsen aufmerksam, das in verschiedenen Fällen Warzen, Blasen, Karzinom hervorruft und heilt. Er empfiehlt aufs wärmste die rektale Applizierung als Einspritzung oder in Form von Suppositorien.

Neisser hat nicht von der Arsentherapie den Eindruck gewonnen, als ob sie besonderes Gutes leiste. Die Solutio Fowleri ist nicht immer angebracht, weil sie häufig Magenbeschwerden macht; deshalb ist die subkutane Arsenanwendung vorzuziehen.

Veiel: Wenn die ersten Psoriasiseruptionen auftreten, wirkt das Arsen am besten. V. gibt am liebsten Solutio Fowleri und Pillulae asiaticae.

Geyer ist der Überzeugung, daß wesentlich die innere Arsentherapie den Arsenizismus hervorrufe.

2) Nobl: Über das Haftvermögen der subkutanen Vaccineinjektion. Bei subkutanen Immunisierungsversuchen von Kaninchen, die eine exquisite Vaccineempfindlichkeit besitzen, kam Vortr. zu dem Ergebnis, daß die Tiere selbst auf 5fache Menschendosis weder lokal noch allgemein mit schwereren Erscheinungen reagierten. Gleiche Versuchsanordnungen beim Menschen führten bei Anwendung der konzentrierten Glyzerinlymphe zu mäßiger Infiltratbildung ohne Allgemeinstörungen. Es wurde 0,1—0,2 ccm der Lymphe von 1 : 200 bis 1 : 16 in verdünnter Kochsalzlösung tief ins subkutane Zellgewebe des linken Oberarmes injizirt. Nach 10 Tagen entwickeln sich ziemlich unvermittelt an der Injektionsstelle haselnuß- bis wallnußgroße Infiltrate, die nach allmählicher Involution spurlos verschwinden, ohne je zu Suppuration oder Zerfall zu führen und höchstens geringfügige Temperatursteigerungen hervorrufen. Bestehende Dermatosen bleiben unbeeinflußt. Eine subjektive Unannehmlichkeit ist nicht verzeichnet. Die prompte immunisierende Wirkung des Verfahrens geht aus Kontrollimpfungen hervor, die bis zum 9. Tage zu typischen Oberhautpusteln (rechter Arm) führen und von da an negativ verlaufen. 73 Kinder wurden bisher subkutan ohne übliche Zwischenfälle geimpft.

3) Pfeiffer: Weitere experimentelle Studien über die Ätiologie des primären Verbrennungstodes. Vortr. berichtet über seine an 90 Tieren und an fünf menschlichen Verbrühungsfällen durchgeführten experimentellen Untersuchungen. Die Haupterscheinungen eines Versuchstieres sind die Zerstörung der roten Blutkörper und die Entwickelung zahlloser Geschwüre im Magendarmtrakt. Durch quantitative Messung des bei den Versuchstieren im Harn und Serum erscheinenden toxischen Prinzipes und durch den Nachweis seiner Wirksamkeit auf die Spezies des Giftproduzenten wird der Nachweis erbracht, daß es sich bei vielen letalen Verbrühungsfällen um eine Autointoxikation handele. Der diese bedingende Giftkörper ist komplexer Natur, hat eine intensive Fernwirkung auf das Centralnervensystem und eine nekrotisierende Lokalwirkung. Die angestellten Versuche an verbrannten Kaninchen machen es wahrscheinlich, daß es sich beim Verbrennungstode um nichts anderes handelt, als um eine Autotoxicese, hervorgerufen durch die Überproduktion eines normalerweise in Spuren den Organismus passierenden Giftes durch die primär geschädigten Nieren. Diese Vermutung wurde durch Versuche des Vortr. an nephrektomierten Tieren bestätigt, ferner durch die Tatsachen, daß es durch Verdauung von Eiweißkörpern gelingt, Lösungen analoger Giftwirkung zu erzielen, und daß es bei einem durch andere krankhafte Ursachen bedingten gesteigerten Eiweißzerfall zum Auftreten der

selben Giftwirkungen im Harn der Patienten kommt. Die Blutveränderungen, die ausschließlich auf die Hitzewirkungen zurückzuführen sind, haben sicherlich für den Eintritt des Todes in den typischen Fällen keine wesentliche Bedeutung. Die Frage, ob die tierexperimentellen Tatsachen auf Menschen übertragen werden dürfen, kann vom Kliniker durch systematische Bearbeitung eines reichen menschlichen Materiales beantwortet werden.

4) Bernstein: Über Flaschenspritzen. Vortr. demonstriert eine Reihe von Spritzen, die auf den von ihm angegebenen Flaschenspritzen, wobei die Spritze die ganze zur Verwendung kommende Flüssigkeit selbst enthält, beruhen. Die Injektionsflaschenspritze für die Urethra hat den Vorteil der leichten Anwendbarkeit, der Dosierbarkeit, der einzuspritzenden Flüssigkeitsmenge und der Dosierbarkeit des anzuwendenden Druckes und wenn man kleinere Portionen hintereinander injiziert, der außerordentlich leichten Anwendbarkeit für die Urethra posterior. Nach demselben Prinzip sind eine Standflaschenspritze zur Beschickung der Gleitflüssigkeit auf die Katheter, eine Wundflaschenspritze und eine mit einer hohen Nadel montierte Schleichsche und eine Serumspritze gebaut.

5) Wichmann: Zur Radiumbehandlung des Lupus. Nach den physikalischen Untersuchungen des Vortr. über die Absorptionsverhältnisse der Radiumstrahlung in normaler und pathologisch affizierter Haut absorbiert Lupus ceteribus paribus über das doppelte der Strahlung im Vergleich zur angrenzenden normalen Haut, nämlich 66,7 %, gegen 31,7 %. Wenn trotz dieses elektiven Resorptionsverhältnisses zahlreiche Mißerfolge in der Radiumbehandlung des Lupus zutage getreten sind, so liegen diese in mangelnder Kenntnis über die Verteilung der Radiumstrahlung im Gewebe begründet. Es ist nötig, durch Einschalten von Filtern die oberflächlich wirksamen Strahlungskomparenten auszuschalten, denn diese zerstören das Gewebe der Oberfläche, ehe eine genügende Tiefenwirkung erzielt ist. Sind diese Komponenten dagegen größtenteils ausgeschaltet, so wird man die Radiumkapsel so lange applizieren können, bis eine genügende Tiefwirkung erreicht ist, und zwar ohne daß eine größere Ulzeration erzielt wird. Je tiefer der Sitz des Lupus, desto stärker wird der Filter ausfallen müssen. Im allgemeinen benutzt Vortr. eine Radiumkapsel, die gegen die bestrahlende Fläche mit Glimmerverschluß, Gummikondom und einer Lage Pergamentpapieres abgeschlossen ist. Die Expositionsdauer betrug für 5 mgr Radium höchster Aktivität jedesmal 2 Stunden. Vortr. behandelte mit dieser Filtermethode 15 Lupusherde mit anscheinend gutem Erfolge (Bestand der Heilung 1 Jahr bis drei Monate); 2 mal ist der Erfolg histologisch kontrolliert und hat einen völligen Schwund des Lupus ergeben.

Diskussion: Blaschko hat unbewußt dieselbe Filtermethode angewendet, wie der Vortr. Die Anwendung des Radiofors hält B. für unwirksam.

Nobl glaubt, daß bei größerer Lupusausbreitung und größerer Tiefenwirkung die Radiumbehandlung nicht anwendbar sei.

Wichmann gibt zu, daß das Radium nicht für alle Fälle anwendbar sei, er hat versucht, Tiefenwirkungen zu erreichen, subkutane Injektionen von Radium bei Lupus zu machen, sah jedoch keinen Erfolg davon.

6) a) Veiel: Demonstration eines Kranken mit Lichen ruber planus, der an der Wiener Klinik als Syphilis betrachtet wurde,

b) Hammer: Vorstellung einer refraktären Form von Lues.

Neuberger hat seit langem dieser differentialdiagnostischen Frage seine

Aufmerksamkeit geschenkt und kann über 8 Fälle berichten, in denen anfangs die Diagnose nicht mit Sicherheit zu stellen war. Im weiteren Verlaufe kam es öfters zur sicheren Entscheidung, aber zunächst war die Diagnose unbestimmt In der Literatur sind eine Reihe ähnlicher Fälle verzeichnet: Die differentialdiagnostischen Merkmale wie Farbe, Form, Anordnung, Glanz, Lokalisation, Dellenbildung läßt oft ebenso im Stich wie Drüsenschwellungen, Juckreiz und der Erfolg der Therapie. N. erörtert diese einzelnen Kennzeichen und betont, daß auch die Pospelowsche Methode (Anwendung einer Compresse échauffante) und der Wickhamsche Befund (Stries ponctueux et grisâtres) in Zukunft zur Prüfung der einschlägigen Fälle herangezogen werden müssen. Allerdings konnte N. in einem Falle mit einer abheilenden syphilitischen Papel den Wickhamschen Befund feststellen, wodurch die Behauptung Wickhams, daß die Striae nur beim Lichen ruber vorkommen, widerlegt ist.

Veiel macht darauf aufmerksam, daß er bei Lichen ruber in 3 Fällen Diabetes beobachtet habe.

7) Blaschko: Zur Abortivbehandlung der Gonorrhoe. Die verschiedenen Verfahren unterscheiden sich, was die Konzentration, die Häufigkeit und Dauer der Anwendung und die Art der Applikation der verschiedenen Medikamente betrifft. Dem Vortr. hat sich am besten die 2 %ige Albarginlösung bewährt, die angewärmt, injiziert 3 Minuten lang in der Urethra belassen bleibt. Erst am folgenden Tage findet eine neue Injektion statt mit Vermeidung jeden schematischen Vorgehens. Die Therapie des zweiten Tages hängt vom Erfolg der Therapie des ersten ab. Wenn am nächsten Tage der Harn ganz klar ist, mit Fädchen, so müssen diese untersucht werden. Sind Gonokokken in ihnen, so muß die Behandlung wiederholt werden, und zwar mit 1 %iger Albarginlösung. Wo ein reichliches Sekret ohne Gonokokken ist, sind die Spülungen auszusetzen oder nur ganz schwache Lösungen zu benutzen. Nach dieser Behandlungsweise hat Vortr. in 300 Fällen in mindestens 50 % die Gonorrhoe in wenigen Tagen kupieren können. Die Injektionen sind mit der einfachen, kleinen Injektionsspritze gemacht worden; der Hauptvorzug der Methode liegt darin, daß sie jeder praktische Arzt ausführen kann.

Diskussion: Salomon empfiehlt als Abortivbehandlung eine ½ %ige Protargolalypinlösung, von der wenige Kubikzentimeter einige Minuten in der Urethra belassen werden. Dann findet mit der großen Spritze eine 20 Minuten dauernde Ausspülung der Urethra anterior statt. Nach 6 Stunden werden 250 cbcm einer ½ %igen Lösung eingespritzt. Im letzten Jahre sind 85 % der Fälle abortiv geheilt. Klarheit des ersten Urins mit Flocken garantieren den Erfolg.

Neisser ist kein Anhänger der abortiven Methoden, hält aber die Anwendung der Blaschkoschen Methode versuchsweise immerhin für angezeigt. Die injizierte Lösung muß man lange auf die Schleimhaut einwirken lassen. Man muß sich das Verhältnis so vorstellen, wie bei einer dicken Bakterienkolonie, bei der das Desinfektionsmittel längere Zeit zur Einwirkung gebraucht als bei einer dünnen.

Strauss hat mit Janets Methode Mißerfolge, nach Blaschko gute Erfolge gesehen. Ihm haben sich ferner die Einspritzung von 1 cbcm 1 %igen Protargols mit 4 %igem Antipyrinzusatz durch die ganze Urethra anterior gut bewährt.

Berg tritt für die Janetsche Methode ein.

Kaufmann hält die Methode nur innerhalb der ersten 48 Stunden für anwendbar.

Wossidlo empfiehlt schwache Albarginlösungen. Die Art der Anwendung ist nicht nach der Zeit, sondern nach dem Ausfall der mikroskopischen Untersuchung zu bestimmen. Wo reichliche Epithelien sind, nicht überwiegend Leukozythen, und die Gonokokken noch endozellulär, ist ein Abortivversuch angebracht. Die Janetsche Methode ist ganz zu verwerfen.

Nobl wundert sich über die mitgeteilten guten Erfolge; er selbst hatte nur in 2 % der Fälle Erfolg zu verzeichnen.

8) Nobl: Über postblenorrhoische Wegsamkeit des Nebenhodens. Um die Grenzen der Leistungsfähigkeit der Samenbläsenexpression zu erproben, hat Vortr. Männer massiert, die keine Genitalerkrankung aufwiesen. Bei 63 solcher Untersuchungen stellte er fest, daß bei der unilateralen Samenblasenmassage stets nur das Sekret der exprimierten Blase mit Zoospermien des zugehörigen Hodens exprimiert wurde. Es empfiehlt sich, bei mäßig gefüllter Blase zu massieren. Von 52 Kranken, die einseitige oder doppelseitige Epididymitiden vor mehreren Monaten hatten, fiel bei 42 der Spermatozoenbefund positiv aus. Die Epididymitiden, um die es sich hier gehandelt hat, waren meist seröser, oft aber auch phlegmonöser Natur. Wo die Untersuchung negativ ausfiel, sind für die Unterbindung der Samenausfuhr in einer Reihe von Fällen nicht die Epididymitis für sich allein, sondern auch weitere, mit derselben einhergehende Gewebsveränderungen verantwortlich zu machen.

9) Hübner: Über die Röntgen-Behandlung der Bubonen. Vortr. hat die durch die Arbeiten Heineckes entdeckte Zerstörung der lymphoiden Organe durch Röntgen-Strahlen therapeutisch verwandt zur Heilung der im Gefolge des weichen Schankers so häufig auftretenden Lymphdrüsenentzündungen. Bei den bereits vereiterten Lymphdrüsen war ein Einfluß der X-Strahlen nicht erkennbar, deutlich war er jedoch bei den sogen. strumösen Bubonen, die in einer Wucherung des Drüsengewebes ohne Tendenz zur Vereiterung bestehen. Diese sonst recht schwierig zu behandelnde Form von Drüsenvergrößerung schwand bei richtiger Dosierung der Strahlen nach wenigen (3—5) Sitzungen. In den Drüsen etwa vorhandene kleine Eiterherde müssen durch Punktion oder Einstich mit Ansaugung nach Bier entleert werden. Auf diese Weise konnte die sich oft über Monate hinziehende Affektion in wenigen Wochen geheilt werden.

10) Vieth: Pharmakologische Untersuchungen über die Wirkungsweise der Balsamica. Die Balsamica bestehen, wie Vortr. bereits früher gezeigt, aus Terpenen, Terpenenalkohlen, Harzsäuren und Estern. Je mehr Terpene in einem Präparat enthalten sind, um so leichter werden Reizerscheinungen ausgelöst, am wenigsten reizen die Ester. Es empfiehlt sich daher, diese Ester, wie z. B. Santalol. salicylic. (Santyl) mehr zur Therapie heranzuziehen. Bei der Passage durch den Körper werden die Bestandteile der Balsamica zum Teil oxydiert, in Hydroxylverbindung, Terpenalkohol oder Harzsäuren verwandelt, zum Teil wie die Ester gespalten und erscheinen dann im Harn. Diese im Harn auftretenden Substanzen werden rein dargestellt und pharmakologisch untersucht. Diese Terpenalkohole haben eine starke anästhesierende Wirkung. Minimale Mengen machen die Kornea des Kaninchens völlig unempfindlich. Auch das reine Sandelöl wirkt stark anästhesierend. Außer der Anästhesie bewirken die Terpenalkohole einen kräftigen Lymph-

abfluß (vom Vortr. lymphatische Ischämie genannt), was ebenfalls demonstriert wurde, wodurch das Verschwinden des eitrigen Ausflusses erklärt wird. Dieser Lymphabfluß ist unabhängig von den Blutgefäßen, da er bei gleichzeitiger arterieller Hyperämie eintritt. Hierdurch wird eine bessere Durchblutung des Gewebes erzielt. Die im Harn auftretenden Harzsäuren wirken eiweißfällend, verhalten sich also wie Adstringentien. Die Wirkung der Harzsäuren ist ähnlich der der Salicylsäure, die ja ebenfalls bei Urethritis post. gute Dienste leistet. Vortr. hatte deshalb das Santyl, das eine chemische Verbindung von Sandelöl mit Salicylsäure ist, zur internen Gonorrhoebehandlung empfohlen. Die direkte bakterizide Kraft aller dieser internen Präparate ist nur gering, weshalb es nötig ist, die symptomatische Wirkung der Balsamica mit der ätiologischen der Silberpräparate zu verbinden.

Diskussion: Hammer bemerkt, daß die pharmakologischen Resultate des Vortr. vollkommen mit den klinischen Ergebnissen übereinstimmen. Man beobachtet nach Santyl, ebenso wie nach dem gewöhnlichen Ol. santali oft ein so schnelles Versiegen des Ausflusses und Nachlassen der Schmerzen, daß an einer direkten Beeinflussung im Sinne des Vortr. wohl nicht zu zweifeln sei.

Neisser wendet sich gegen die von einzelnen Seiten beliebte Empfehlung der balsamischen Präparate als wirkliche Heilmittel der Gonorrhoe. Allein ohne Injektionen angewandt, seien die Balsamica zu verwerfen, insofern als sie den Tripper nicht heilen, sondern nur die Symptome beseitigen, während virulente Gonokokken zurückbleiben, so daß Rezidive auftreten und die Patienten ansteckungsfähig bleiben. Daß die Balsamica eiterungswidrig wirken, sei richtig und auch schon von Winternitz an Pleuraexsudaten erwiesen.

Kaufmann betont, daß er Santyl nicht als eigentliches Heilmittel, sondern als wertvolles Adjuvans der externen Behandlung empfohlen habe. Er habe als erster dieses Präparat angewandt und ziehe es, wegen des Freiseins von allen Reizerscheinungen seitens des Magendarmkanals und der Nieren, den übrigen balsamischen Präparaten vor.

Blaschko bekennt sich als Anhänger der internen Therapie, die unterstützt durch eine geeignete lokale Behandlung, am ehesten Komplikationen verhindere und die Heilung herbeiführe. Gerade auch Santyl habe er vielfach angewandt und damit gute Resultate erzielt. Das Fehlen der sonst so häufigen Nebenwirkungen und der gute Geschmack seien besonders hervorzuheben.

11) Strauss berichtet über seine günstigen Erfahrungen, die er bei etwa 350 Fällen von Hautkrankheiten mit der Uviollampe erzielte. Ein äußerst dankbares Gebiet bilden die Akne, die Folliculitis barbae, die Trichophytien, der Favus, die Alopecia areata und totalis. Auch die Psoriasis und namentlich die verschiedensten Arten und Formen der Ekzeme, aber auch tiefere Prozesse und bakterielle Erkrankungen, wie Lupus und Ulcus rodens, sind für die Uviollichtbehandlung sehr geeignet, wenn man vorher das kranke Gewebe operativ entfernt oder durch Ätzmittel zerstört. Man erzielt so eine glatte Vernarbung. Auch bei Unterschenkelgeschwüren hat sich die Behandlung sehr bewährt, selbst in sehr hartnäckigen Fällen. Hervorzuheben ist die schmerz- und juckreizlindernde Wirkung des Lichtes bei nekrotischen Prozessen, bei Transplantationen, bei infizierten Wunden, bei Höhlen- und Brandwunden. Das Licht ist überall da indiziert, wo es gilt, eine die Resorption befördernde Hyperämie zu bewirken, die Haut umzustimmen, den Zellen-

stoffwechsel durch erhöhte Oxydation anzuregen, die Vernarbung zu fördern, oberflächliche bakterielle Prozesse zu bekämpfen. Vortr. berichtet sodann noch über seine Versuche, die Uviollichtwirkung durch medikamentöse Mittel zu verstärken. Er prüfte ihre Durchlässigkeit für das Uviollicht in der Weise, daß er sie in einer Bergkristallschale, die auf ein mit Argentum nitricum bestrichenes Papier gestellt wurde, unter die Lampe brachte. Die Durchlässigkeit war erwiesen, wenn sich das Papier nicht nur in der Umgebung der Schale, sondern auch unter ihr bräunte. Die Versuche ergaben, daß z. B. Glyzerin, Spiritus, verschiedene helle Fette und offizinelle Salben uvioldurchlässig sind. Von antiseptischen Medikamenten erwiesen sich als durchlässig u. a. die Karbolsäure, Formalin, Sublimat, Wasserstoffsuperoxyd; von dermatotherapeutischen Lenigallol und Anthrasol, die in Verbindung mit Ungt. glycerini bei Ekzemen aufgestrichen, die Heilung unter der Wirkung des Uviollichtes beschleunigen. Die antiseptischen Mittel benutzte er in gleicher Weise bei Lupus, Karbolsäure bei Alopecie.

12) Wossidlo: Demonstration eines neuen Ureterencystoskops. Das neue Cystoskop dient zur gleichzeitigen Einführung von elastischen Kathetern in beide Ureteren. Es ist mit einer Einrichtung zum bequemen Entfernen des Instrumentes aus der Blase versehen, während die elastischen Katheter in den Ureteren liegen bleiben. Dadurch, daß man die äußere Hülse, ohne die elastischen Katheter zu verrücken, entfernen kann, fällt das lästige Nachschieben der Katheter, ebenso wie das Heraussickern der Füllungsflüssigkeit durch die meist undichten Muffen fort. Das bei Heinemann-Leipzig gearbeitete Instrument hat den Vorzug, vollständig auskochbar zu sein.

13) Veiel demonstriert a) einen Fall von Karies des Calcaneus, geheilt mit Pyrogallussäure, b) Pemphigus neonatorum mit Dystrophie der Nägel.

14) Th. Veiel und Fr. Veiel: Über Lupustherapie. Th. Veiel verwendet zur Heilung des Lupus Wärme und Druck. Der Versuch, beides durch Aufbinden von Thermophoren zu erreichen, ist wegen der Abkühlung der Thermophoren nicht gelungen. Da ermittelt wurde, daß mit 49° keine Verschorfung, diese vielmehr erst bei 50° eintritt, wurde ein Apparat konstruiert, der dauernd Wärme gibt und zugleich anzeigt, und zwar in einer aufleuchtenden Flamme, wenn die Verschorfung beginnt. Fr. Veiel stellt Fälle von Lupus vulgaris vor, die mit Pyrogallol behandelt sind. 10%iges Pyrogallolvaselin wird auf Lint aufgestrichen und mehrere Tage angewendet. Das hypertrophische Gewebe wird mit Ätzsalben zerstört und die Abheilung unter 2%iger Pyrogallolsalbe abgewartet. Das Verfahren wirkt besser, schneller und ist billiger, als die Finsen-Behandlung. Th. Veiel macht darauf aufmerksam, daß das Pyrogallol mit einem Glas, nicht mit einem Holz oder Eisenspatel aufgestrichen werden darf, da sonst Pigmentflecke auf der Haut entstehen.

Diskussion: Nobl wendet das Pyrogallol auch viel an, weil es geradezu elektiv wirkt. Die Pflastermethode gibt nicht ganz so gute Resultate, wie die eben gezeigte Salbenmethode. Die Resultate der Exzisionsverfahren reichen an die Pyrogallusverfahren nicht heran.

Blaschko braucht auch das Pyrogallusverfahren, geht aber nicht unter die 2%ige Salbe herunter. Der 40%ige Pflastermull wirkt erst in gleicher Weise wie die 10%ige Salbe.

Wichmann hat versuchsweise an denselben Patienten an vier kranken Feldern Pyrogallol, heiße Luft, Finsen- und Röntgen-Strahlen angewendet.

Das Pyrogallol gab die besten Resultate als Vorbehandlung für das Röntgen-Verfahren. Auf diese Weise sind sehr schöne Narben erzielt worden.

Veiel (Schlußwort) rät, die Schmerzhaftigkeit mit Morphium zu bekämpfen. Er ist der Meinung, daß das Pflaster nie die Salbe ersetzen kann. Eine sorgfältige Urinkontrolle auf Albumen ist angezeigt. Er selbst hat nie einen Fall gesehen, der allein durch Röntgen-Strahlen geheilt wurde.

15) Hammer demonstriert: 1) Naevi teleangiectodes mit Brennglas behandelt, 2) merkwürdige Naevusdegeneration, 3) mit Brennglas geheiltes Hautkarzinom des Gesichtes, 4) Epidermolysis non hereditaria, 5) Alopecia atrophicans capillitii, 6) Purpura teleangiectodes, 7) strichförmiger Lichen, 8) Röntgen-Dermatitis, 9) Keratosis follicularis, 10) und 11) Lichen ruber planus. An der Hand einzelner dieser Fälle tritt Vortr. für die Behandlung mittels Brennglases ein. Die Narben sind gleichmäßiger als bei den Verbrennungen durch den Pacquelin.

Diskussion: Wichmann weist auf die verschiedene Beurteilung des Röntgen-Verfahrens hinsichtlich seiner Dauerwirkung von Röntgenologen und Dermatologen hin. Er hat etwa 5 Fälle beobachtet, die mit Röntgen-Strahlen allein völlig geheilt sind, doch blieben dauernde Hautveränderungen auf der geheilten Stelle des Gesichtes bestehen, was den Wert der Methode beeinträchtigt. Von chronisch-intermittierender und schwacher Bestrahlung sah W. die besten Resultate. Allerdings treten auch hier manchmal 2—3 Jahre nach der Behandlung störende Verfärbungen und Gefäßerweiterungen in dem bestrahlten Gesicht auf.

16) Linser: Über Lichtbehandlung des Lupus. Vortr. empfiehlt, der Röntgen-Bestrahlung des Lupus eine Pyrogallusvorbehandlung vorauszuschicken, namentlich bei den wenig entzündlichen oberflächlichen verrukösen und exfoliierenden Formen, da die Strahlen auf stark entzündliches, vor allem ulzeriertes Gewebe viel intensiver und rascher wirken.

17) Linser: Krankendemonstrationen. a) Fall von Ichthyosis congenita, b) zwei Geschwister mit Raynaudscher Krankheit, c) Pityriasis lichenoides chronica.

18) Suchier: Die Behandlung des Karzinoms, Lupus und anderer parasitärer Dermatosen mittels statischer Elektrizität. Vortr. rühmt seine Methode als den meisten Verfahren überlegen.

Diskussion: Salomon bedauert, daß keine Patienten zur Demonstration der Erfolge des Verfahrens vorgestellt seien. Die Fälle von Lupus vulgaris, die er nach der Behandlung des Vortr. gesehen habe, wären nicht geheilt gewesen.

V. Personalien.

— Dr. M. Oppenheim hat sich in Wien für Dermatologie habilitiert.

Um Einsendung von Separatabzügen und neuen Erscheinungen an den Herausgeber Dr. Max Joseph in Berlin W., Genthiner Strasse 5, wird gebeten.

Verlag von Veit & Comp. in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Dermatologisches Centralblatt.

INTERNATIONALE RUNDSCHAU

AUF DEM GEBIETE DER HAUT- UND GESCHLECHTSKRANKHEITEN.

HERAUSGEGEBEN VON

DR. MAX JOSEPH

IN BERLIN.

Zehnter Jahrgang.

Monatlich erscheint eine Nummer. Preis des Jahrganges 12 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie direkt von der Verlagsbuchhandlung Veit & Comp. in Leipzig.

1906. Dezember. Nr. 3.

I. Originalmitteilungen.

[Aus Dr. Max Josephs Poliklinik für Hautkrankheiten in Berlin.]

1. Über Tumenolammonium in der Dermatotherapie.

Von Dr. **Joseph Kraus,**

Spezialarzt für Hautkrankheiten in Dortmund, früher Assistent der Poliklinik.

Seitdem Neisser (Deutsche med. Wochenschrift. 1891. Nr. 45) das Tumenol in die Therapie eingeführt hat, in der es zunächst als eine gute Bereicherung der Ekzembehandlung und als ein brauchbares juckstillendes Mittel seinen Platz fand, sind von vielen Seiten Untersuchungen über die therapeutische Verwendbarkeit des Tumenols angestellt worden. Die verschiedensten Präparate der Höchster Farbwerke wurden eingehend geprüft, welch letztere sich in neuester Zeit zur Herstellung eines Präparates entschlossen, welches von den mehr oder minder unangenehmen Eigenschaften und Nebenwirkungen früherer Tumenolpräparate frei sein sollte.

Tumenolammonium ist eine dunkelbraune, sirupdicke Flüssigkeit von angenehm aromatischem Geruche, welche sich in Wasser mit neutraler Reaktion in jedem Verhältnis, in Alkohol und Äther nur teilweise löst.

Soweit aus der Literatur ersichtlich, sind bisher nur an der Breslauer dermatologischen Klinik ausgedehntere Untersuchungen über Tumenolammonium angestellt worden, über welche Klingmüller (Med. Klinik. 1905. Nr. 36) mit recht zufriedenstellendem Resultate berichtet hat. Es fand das Präparat einerseits bei acuten und chronischen Formen des Ekzems, anderseits bei verschiedenen stark juckenden Dermatosen Anwendung, so insbesondere bei Pruritus, Prurigo und postscabiösen Affektionen.

Klingmüller führt zum Schlusse seiner Ausführungen eine Reihe von Rezeptformeln an, welche über die verschiedenen Applikationsmethoden des Medikamentes uns Aufschluß geben. Wir sehen das in Frage stehende Mittel in Gesellschaft und Konkurrenz von zum Teil recht differenten Mitteln, so daß es zweifelhaft erscheinen dürfte, welcher Komponente der gleichzeitig angewandten pharmazeutischen Komposition die erreichte Wirkung zugeschrieben werden darf.

So sehen wir das Tumenol angewandt in Gemeinschaft mit den Komponenten einer Tinktur, Schüttelmixtur, Zinkpaste, Zink-Wismutsalbe, unterstützt von der ohne Zweifel in manchen Fällen an sich schon juckstillenden Wirkung eines Zinkleimverbandes, vergesellschaftet endlich in der bekannten Arningschen Pinselung, in der neben Anthrarobin, Benzoetinktur und Schwefeläther seine günstige Wirkung bei Furunkulose gerühmt wird.

Sollte nun auch die gemeinschaftliche Anwendung des Tumenols mit den genannten Mitteln seine heilbringende Kraft, insbesondere seine Tiefenwirkung erhöhen, so erschien es uns doch zur Erlangung eines objektiven von der Mitwirkung jedweden anderen Medikamentes ganz unbeeinflußten Urteiles notwendig und zweckmäßig, das Präparat in reiner unvermischter Form in Anwendung zu bringen.

Auf Anregung meines verehrten Chefs, Herrn Dr. Joseph, unternahm ich es daher, das Tumenolammonium zunächst in einer Reihe von hartnäckig juckenden Fällen der verschiedensten Art anzuwenden. Eingedenk des nihil nocere mußte ich natürlich bei der Auswahl der Fälle mit großer Vorsicht vorgehen und nahm daher zunächst nur Dermatosen, welche frei von allen stärkeren Entzündungserscheinungen waren. Bald aber wurde ich durch die zutage tretenden Resultate ermutigt, auch subtilere Fälle vorsichtig, vorerst in geringer Ausdehnung in den Bereich meiner Behandlung zu ziehen und war nicht wenig erstaunt, als sich endlich auch bei subakuten und selbst einigen zum Teil fast ganz akuten Ekzemformen keine schädigenden Reizungserscheinungen zeigten.

Was zunächst die Form der Applikation betrifft, so wurde das Medikament teils pur teils in 5, 10, 20, 25 bis 50 $^0/_0$iger Konzentration in kaltem oder (weil schneller und leichter löslich) in heißem Wasser

gelöst aufgetragen; nach einigen Minuten war die bestrichene Hautfläche vollkommen trocken.

Dank der leichten Löslichkeit in Wasser ließ sich das Präparat auf Wunsch leicht von der Haut entfernen, andererseits erregten etwaige Verunreinigungen der Wäsche keinen Anstoß bei den Patienten, die außerdem den angenehmen leicht aromatischen oder überhaupt indifferenten Geruch des Mittels meist lobend hervorhoben.

Wir wandten das Mittel während mehreren Monaten bei insgesamt 60 Patienten unserer Poliklinik und einigen Privatpatienten des Herrn Dr. Joseph an.

Bei etwa 10—12 Patienten ließ sich eine merkliche Einwirkung nicht nachweisen; es waren dies sehr hartnäckige jahrelang bestehende Fälle von chronischen Ekzemen und zwei Fälle von Prurigo.

Am hervorstechendsten war bei fast allen Patienten die jucklindernde Wirkung. Etwa 5 Fälle von jahrelang bestehendem, häufig Schlaflosigkeit bedingenden Juckreiz infolge von Pruritus (ani und genitalis) reagierten innerhalb einer Stunde nach Applikation einer 25—30 %igen Lösung in sehr günstiger Richtung. In derselben Weise zeigten etwa 6 Fälle von pruriginösem und 4 Fälle von postscabiösem Ekzem meist baldige Besserung des Juckens.

4 Fälle von Lichen ruber planus zeigten sich bezüglich des Juckreizes sehr günstig beeinflußt, während auf die Effloreszenzen selbst eine nur geringe Einwirkung zu beobachten war.

Ebenso schwand in einem seit 5 Jahren bestehenden Falle von Dermatitis herpetiformis Duhring das fast unerträgliche Jucken nach zwei- bis dreimaliger Applikation einer 30 bzw. 50 %igen Lösung.

10 Fälle von seborrhoischem Ekzem zeigten eine besonders günstige Reaktion auf eine 10—25 %igen Lösung, insofern nicht nur das Jucken schwand, sondern der ganze Prozeß in ca. 8—14 Tagen glatt zur Abheilung gelangte.

Während bei 10—12 Fällen von chronischem Ekzem der verschiedensten Körpergegenden im wesentlichen nur der Juckreiz bald ganz schwand, während der ekzematöse Prozeß als solcher sich nur wenig beeinflußt zeigte, konnten wir bei 6—8 Fällen von subakutem Ekzem in relativ kurzer Zeit eine vollständige Abheilung beobachten.

In 3—4 Fälllen endlich von ganz akutem (nicht nässendem) Ekzem und 2 Fällen akuter Dermatitis wurde durch die vorsichtige allmählich von 5—10 % steigende Applikation des Mittels ein überraschend schnelles Abklingen der akut entzündlichen Erscheinungen erzielt.

Besonders hervorgehoben zu werden verdient, daß nicht in einem einzigen unserer 60 Fälle auch nur eine leichte schädliche Reizwirkung zu beobachten war.

Fassen wir die Resultate unserer gesamten Beobachtung kurz zusammen, so können wir nur sagen:

Das Tumenolammonium ist in vorsichtiger individueller Weise dosiert ein hervorragendes juckstillendes Mittel, welches selbst bei ziemlich akuten Entzündungszuständen sich frei von Reizerscheinungen erweist.

Bei den verschiedenen Formen des akuten und chronischen Ekzems besonders pruriginösen und seborrhoischen Charakters, sowie bei den verschiedenen erwähnten Dermatosen unserer Beobachtung darf das Tumenolammonium als ein sicher wirkendes, die übrigen therapeutischen Maßnahmen kräftig unterstützendes Mittel empfohlen werden.

Nachdem sich uns so das Tumenolammonium oder, wie es jetzt seitens der Höchster Farbwerke kurzweg als „Tumenol“ in den Handel gebracht wird, in reiner unvermischter Form in der verschiedensten Konzentration sehr gut bewährt hat, können auch wir seine Anwendung in Gemeinschaft mit anderen Mitteln nur empfehlen; speziell in der Form einer Schüttelmixtur oder Paste dürfte es, ebenso gleich anderen ähnlich wirkenden Mitteln wie Bromocoll oder Menthol sicher gute Dienste leisten. Nur glauben wir nach unseren Beobachtungen eine stärkere Konzentration — vorsichtig beginnend — bis zu 20 und 30 % empfehlen zu dürfen und sind überzeugt, daß das Tumenol in der Hand eines rationell vorgehenden und vorsichtigen Therapeuten auch in dieser Stärke niemals nachteilige Wirkungen entfalten wird.

Meinem hochverehrten Lehrer und früheren Chef, Herrn Dr. Max Joseph, erlaube ich mir für seine mir bei dieser Arbeit stets bereitwillig gewährte Unterstützung meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

[Aus der dermatolog. Universitätsklinik zu Moskau.]
(Vorstand: Prof. Dr. A. J. Pospelow.)

2. Quecksilberausscheidung bei Injektionen vom Salicylarsenat Hydrargyri (Enésol).

Von Dr. S. L. Bogrow in Moskau.

Auf dem XV. internationalen Kongreß in Lissabon wurde von Hallopeau ein Fall von tödlichem Ausgang nach 15 Enésolinjektionen vorgetragen. Obwohl der Referent die Todesursache hauptsächlich in einer merkuriellen Idiosynkrasie sehen wollte, erklärte er doch die beobachtete Ausscheidungsschnelligkeit des Hydrargyrum bei Enésolinjektionen mit dem Zurückhalten von Quecksilber in den Geweben. In der uns zugänglichen Literatur konnten wir aber nur eine Arbeit über Quecksilber-

ausscheidung nach Enésol finden. Goldstein (aus der Klinik von Prof. Finger) beobachtete schon nach 2 Stunden post injectionem Quecksilber im Harn. Diese Elimination nimmt nach 20 Stunden ab und nach 24 Stunden können kaum Spuren von Quecksilber im Harn nachgewiesen werden. In anderen Fällen blieb aber die Quecksilberreaktion während der ganzen Kur völlig aus. Diese Tatsache kann nach Goldstein 1) von einer vikariierenden Funktion anderer Sekretionsorgane, außer den Nieren (Darm, Speicheldrüsen), 2) von der Quecksilberablagerung in den Geweben oder 3) von der Anwesenheit im Harne einer reaktionslosen merkuriellen Verbindung abhängen. Der Verfasser hält die letzte Annahme für wahrscheinlicher, da das Enésol selbst keine Quecksilberreaktion zeigt.

Somit sehen wir, daß die schnelle Ausscheidung des Mercurii, so weit sie von Goldstein bewiesen, geradeso wie völliges Quecksilberfehlen, von verschiedenen Ursachen abhängen kann, und wenn eine vikariierende oder unbemerkte Elimination keinen Schaden zu bringen vermag, so muß das Gegenteil in Beziehung zur Quecksilberretention ausgesprochen werden. Findet so eine Ablagerung in den Geweben wirklich statt, so ist eine Kumulation der toxischen Wirkung und somit eine Hydrargyrose in jedem Falle der Enésolkur wahrscheinlich. Endlich ist es allgemein bekannt, daß das Freiwerden des Organismus von Quecksilberresten eine Bedingung des Erfolges späterer antisyphilitischer Behandlung ist. Deswegen möchten wir eine Anwendung von Enésol so lange für gefährlich halten, bis die Annahme eines Quecksilberrückstandes widerlegt sein würde.

Um diese Aufgabe zu lösen, wollten wir in erster Reihe die Schnelligkeit der Elimination von neuem prüfen. Wir untersuchten den Harn portionenweise nach subkutanen Enésolinjektionen. Es wurde die Methode von Stukowenkow zum Quecksilbernachweis angewendet.

Wir fanden einen völligen Widerspruch unserer Untersuchungsresultate mit den Goldsteinschen. Es erwies sich, daß das Quecksilber im Harn schon in der ersten Hälfte des Injektionstages erscheint. Diese Elimination hört aber sogar nach 48 Stunden nicht auf. In einem Falle konnten wir eine beträchtliche Menge des Quecksilbers in allen Portionen des Harns während 4 Tage nach der letzten (8.) Enésolinjektion auffinden. Der Kranke hatte eine rezente Syphilis, hatte niemals eine merkurielle Kur durchgeführt und sein Harn enthielt kein Hydrargyrum vor der Behandlung.

Wie kann aber der Widerspruch unserer und der Goldsteinschen Untersuchungen erklärt werden? Wir glauben, daß die Stukowenkow'sche Methode eine exaktere, als die von Goldstein angewendete Jolles-Oppenheimsche ist, bei welcher eine ziemliche Menge von Hydrargyrum verloren gehen kann.

Wenn aber unsere Beobachtungsresultate bestätigt werden, so kann

kein wesentlicher Unterschied in der Eliminationsdauer bei Enésolinjektionen und Anwendung anderer löslicher merkurieller Verbindungen (z. B. Sublimat) gefunden werden. Wenigstens konnte dasselbe neuerdings Bürgi bezüglich der Sublimatinjektionen konstatieren. Wie allgemein bekannt, ist eine Ablagerung des Quecksilbers im Organismus nach mehreren merkuriellen Kuren fast eine Regel, aber Goldstein und Hallopeau reden von einer speziellen, außerordentlichen Ablagerungsmenge, denn anders würde eine nur dem Enésol zugeschriebene Eliminationsschnelligkeit nicht erklärlich sein. Unsere Untersuchungen müssen dem Glauben an so eine schnelle Ausscheidung des Quecksilbers nach Enésoleinspritzungen den Boden entziehen.

Somit muß der traurige Fall von Hallopeau nur als Folge eines zufälligen Zusammentreffens der energischen merkuriellen Kur mit einer dem Merkurialismus ausgesetzten Natur betrachtet werden, wie es auch schon Baptista und Dresch behauptet hatten. Man sieht daraus nur, daß die Möglichkeit einer Idiosynkrasie für das Enésol, sowie für andere merkurielle Verbindungen nicht aus dem Auge gelassen werden kann.

Zum Schlusse fühlen wir uns verpflichtet, dem hochgeehrten Herrn Prof. Dr. A. J. Pospelow für die Anregung zur vorliegenden Arbeit den besten Dank auszusprechen.

II. Referate.

Allgemeine Pathogie und Therapie.

1) **Experimente über die Resorption durch die Haut**, von Sutton. (Monatsh. f. prakt. Dermatologie. XLIII. Nr. 8.)

Bei der Applikation von medizinischen Substanzen auf die Haut besteht eine so enge Wechselwirkung zwischen dem Durchdringungsvermögen dieser und ihrer Wirksamkeit, daß die Bedeutung des ersteren kaum überschätzt werden kann. Bisher haben die auf diesem Gebiete vorgenommenen Experimente sich auf widerholte Untersuchungen der exkretorischen Produkte nach kutanen Einreibungen bezogen, um die Menge des durch die Organe des Integumentes aufgenommenen Materials zu bestimmen. Nach Unnas Vorschlag wurden vom Verf. Färbemittel, Anilinpräparate, direkt auf die Haut appliziert, nachdem sie mit den verschiedenen, sei es als Vehikel, sei es als Heilmittel zu verwendenden Substanzen vereinigt waren. Die Auftragung wurde mit der Fingerbeere oder mit einem Wattebausch bei Körpertemperatur auf glatt geschorenem Hautgebiete von Meerschweinchen und weißen Kaninchen vorgenommen. Nach Verlauf eines gewissen Zeitraumes wurde ein kleines Stück aus der Mitte des bearbeiteten Gebietes exzidiert und untersucht. Die mit dieser Methode ausgeführten Untersuchungen ergaben, daß die größte Resorptionsfähigkeit zu finden ist beim Gänseschmalz, dem Olivenöl, beim Ichthyol in Verbindung mit Oliven- oder Zedernöl und beim Sandelöl mit und ohne Zedernöl. Um genaue Beobachtungsresultate zu ermöglichen, ist die Zugabe von Färbemittel zu den Prüfungsmitteln unentbehrlich. Das

Schneiden der mikroskopischen Präparate muß in der Weise geschehen, daß kein Farbstoff durch die Mikrotomklinge in das Gewebe hineingezogen wird, und die Nachbehandlung der Schnitte vor der Untersuchung muß in solcher Weise ausgeführt werden, daß das gefärbte Gebiet nicht wieder entfärbt wird.

Schourp-Danzig.

2) **Über Zinkonal,** von Arth. Jordan. (Petersburger med. Wochenschrift. 1906. Nr. 20.)

Dieses schweeweiße, fein verteilte geruchlose Pulver bewährte sich bei Verf.'s Versuchen nicht bei Ekzem und Pemphigus, wohl aber bei Impetigo contagiosa und Unterschenkelgeschwüren; desgleichen verheilten mittelschwere, weiche Schanker unter Zinkonal in Kombination mit einigen Jodtinkturpinselungen und syphiltische Papeln bzw. ein gummöses Ulcus bei gleichzeitiger allgemeiner Kur. In letzteren Fällen wurde das Zinkonal gut vertragen und seiner Geruchlosigkeit wegen begehrt, mitunter verursachte es Jucken.

S. Prissmann-Libau.

3) **Beiträge zur Pigmentfrage. I. Die Entstehung des Oberhautpigmentes beim Menschen in der Oberhaut selbst.** Ein experimenteller Beweis von Meirowsky. (Monatsh. f. prakt. Dermatologie. XLII. Nr. 11.)

Verf. bestrahlte bei einem kräftigen Manne, dessen Haut sich im Sommer leicht bräunte, die stets mit Kleidern bedeckte, völlig blasse Haut der Innenseite des Oberarmes 1—2 Stunden mit der Finsenlampe und exzidierte in demselben Moment, in welchem das Druckglas abgenommen wurde, das bestrahlte Hautstückchen, um die daraus gewonnenen Schnitte nach Pappenheim-Unna zu färben. Dabei fand sich, daß die blasse Hautstelle unmittelbar nach der Bestrahlung bei einstündiger Dauer derselben leicht gebräunt, bei zweistündiger Dauer dunkelbraun geworden war. Hieraus ist der Schluß gerechtfertigt, daß hier eine Pigmentneubildung ohne eine Mitwirkung des Blutfarbstoffes stattgefunden hatte. Gegen die Annahme, daß der Blutfarbstoff unter dem Einfluß des Lichtes in braunes Pigment umgewandelt oder unter dem Einfluß des Lichtes von den Zellen der Epidermis dazu verarbeitet wird, sprechen die weiteren Versuche des Verf.: Bestrahlt man beim Menschen eine kleine Hautpartie nach Abtragung der Epidermis, so bleibt der ausgetretene Blutfarbstoff völlig unverändert. Bindet man bei einem Kaninchen die untere Extremität so fest ab, daß eine Stauung im venösen Kreislauf entsteht, so imbibiert der massenhaft ausgetretene Blutfarbstoff auch die Epidermis vermöge seiner Eigenschaft, in die Gewebe zu diffundieren; bestrahlt man eine solche Hautstelle, so entsteht auch bei dunklen Tieren in den ersten Stunden kein Hautpigment.

Schourp-Danzig.

4) **Ergebnisse von Untersuchungen an Mastzellen der Haut,** von Schwenter-Trachsler. (Monatsh. f. prakt. Dermatologie. XLIII.)

Durch die vom Verf. angewandte, modifizierte Unnasche Mastzellentinktionsmethode, d. h. dadurch, daß man statt Wasser Alkohol verwendet (pol. Meth.-Blaulösung-Alaun-Alkohol 75—95 %), ist man in den Stand gesetzt, Mastzellenkörner genau in demjenigen Aggregatzustande zur Anschauung zu bringen, in dem sie sich im Momente vor dem Einlegen in die Farblösung befinden. Die in der Mastzellenkörnerfarbe sich präsentierende, metachromatische Imbibitio in vivo des Gewebes, diffus und cirkumskript (Mastzellenhöfe) beruht auf der Durchtränkung des Gewebes mit aufgelösten Mastzellenkörnern; die letzteren sind dabei ganz oder nur teilweise gelöst. Werden die Körner der Mastzellen künstlich soweit gelöst, daß nur noch ein geringer

Teil des Mastzellenkörnersaftes in der Zelle zurückbleibt, dann gelingt es, durch die metachromatische Mastzellentinktion das Spongioplasma der Mastzellen sichtbar zu machen; durchtränkt von dem restierenden Mastzellensafte präsentiert es sich in der metachromatischen Mastzellenfarbe. Salzlösungen, die Sauerstoff abgeben, lösen die Mastzellenkörner schneller auf, als ähnliche Salzlöungen ohne Sauerstoff. Es bedarf nur eines ganz geringen Zusatzes von Alkali zum Wasser, um die Mastzellenkörner aufzulösen. Die Eigenschaft der Salzlösungen, Mastzellenkörner aufzulösen, ist hauptsächlich eine Alkaliwirkung. Sauerstoffeinwirkung setzt die metachromtaische Tinktionsfähigkeit der Mastzellenkörner herab, ohne deren Aggregatzustand zu verändern; durch nachherige Anwendung von reduzierenden Substanzen läßt sich die herabgesetzte Tinktionsfähigkeit wieder herstellen. Einwirkung von reduzierenden Substanzen setzt die metachromatische Tinktionsfähigkeit der Mastzellenkörner ebenfalls herab, ohne deren Aggregatzustand zu verändern; nachheriges Behandeln mit Sauerstoff stellt die Tinktionsfähigkeit wieder her. Bei Sauerstoff abgebenden Salzlösungen werden die Mastzellenkörner zugleich durch die oxydierende Eigenschaft des Sauerstoffes und durch die auflösende Wirkung des Alkali beeinflußt. In konzentriertem Alkohol fixierte Objekte geben die besten Mastzellenpräparate, weniger gut sind diejenigen von in Formaldehyd fixierten Objekten; in Gewebsstücken, deren Fixierung in Müllerschen Flüssigkeit oder in Flemmingscher Lösung erfolgte, sind Mastzellen überhaupt nicht mehr nachweisbar. Osmiumsäure und Chromsäure vernichten die metachromatische Tinktionsfähigkeit der Mastzellenkörner nach kurzer Zeit; Einwirkung von Salpeter- und Schwefelsäure setzt sie ebenfalls bald herab, Acid. Acet. glaciale desgleichen, nur viel weniger energisch. Es ist wahrscheinlich, daß die Säuren überhaupt die metachromatische Tinktionsfähigkeit der Mastzellenkörner nach kürzerer oder längerer Einwirkung herabsetzen. Die Fixierung in konzentriertem Alkohol ist gegenwärtig den anderen Methoden vorzuziehen, um Mastzellen in fixierten Objekten zur Darstellung zu bringen. Schnitte von fixierten Präparaten zeigen die Mastzellen am deutlichsten, wenn sie vor Anwendung der obengenannten Tinktionsmethode 1—2 Minuten in 2 %iger Schwefel- oder Salpetersäure oder 2 Minuten in 5 %igen Eisessig gelegt werden.

Schourp-Danzig.

Progressive Ernährungsstörungen der Haut.

5) **Quelques cas récidivants d'épithéliomes traités par les rayons X.**, par Dubois. (Journ. des maladies cutan. et syphil. 1906. März.)

Verf. faßt seine Erfahrungen dahin zusammen, daß man gut abgrenzbare und leicht zugängliche Epitheliome im Ulzerationszustande einfach exzidieren soll, oder wenn die Ausdehnung der Affektion es nicht gestattet, exstirpieren und den Defekt durch einen Hautlappen decken. Gelingt es durch X-Strahlen, ein ulzeriertes Epitheliom zu überhäuten, so muß man genauestens beobachten und beim ersten Zeichen eines beginnenden Rezidives die Behandlung wiederholen bzw. chirurgisch eingreifen. Die oberflächlichen Formen des ulzerierten Epithelioms heilen gewöhnlich sehr gut unter der Radiotherapie und ihre Heilung ist meistens eine definitive. Bei tiefgreifenden kombiniert man vielleicht am vorteilhaftesten die Radiotherapie mit der chirurgischen Behandlung, da die Mißerfolge der ersteren beinahe die Regel bilden.

Paul Oppler-Breslau.

6) **Papilloma giganticum der Genitalien,** von E. Aronstam. (Dermatologische Zeitschrift. 1906. August.)

Das Papilloma giganticum ergreift am häufigsten die Schleimhaut der Vorhaut und die Eichel des männlichen Gliedes. Beim Weibe sitzt es am häufigsten an den großen Schamlippen und am Damm. Die Ätiologie dieser Papillome ist dunkel. Die Behandlung besteht in dem Ausschneiden dieser Gewächse. Für Fälle, in welchen eine Operation verweigert wird, empfiehlt Verf. einige Ätzmittel, welche aber nur einen zweifelhaften Erfolg haben.

Immerwahr-Berlin.

7) **Die Dariersche Krankheit (sogen. Psorospermosis follicularis vegetans),** von Malinowski. (Monatsh. f. prakt. Dermatologie. LXIII. Nr. 5.)

Im Anschluß an den Bericht des Krankheitsfalles bei einem 17jährigen Mädchen faßt Verf. die von ihm gefundenen Untersuchungsergebnisse dahin zusammen, daß es sich bei der sogen. Darierschen Krankheit einerseits um Akantolyse, d. h. einen Zerfall der Stachelzellen und andererseits um eine zur Bildung der sogen. runden Körper (corps ronds) führende Dyskeratose handelt. Die unregelmäßige und übermäßige Hornbildung führt zur Ansammlung horniger Massen, welche einen Druck auf die Cutis ausüben und den entzündlichen Zustand derselben und Atrophie der Papillen bedingen, während die Papillen an der Peripherie der Effloreszenz sich verlängern, und damit eine Art kleinen Wulstes in der Umgebung des Hornpfropfes geschaffen wird. Wenn die Akantolyse und Dyskeratose zum Stillstand gekommen sind, befindet sich auf der glatten Cutisoberfläche eine Epidermis, welche sich von der normalen nur durch das Fehlen von Epithelzapfen unterscheidet, folglich ein Bild darstellt, das den Hautnarben ähnlich ist. Die anatomischen Veränderungen sind von verschiedenen Autoren verschiedenartig beschrieben worden, da jeder die Beobachtung eines der Krankheitsstadien verallgemeinerte, wodurch dann ein Widerspruch mit anderen Autoren entstand, deren Effloreszenzen einem anderen Stadium angehörten. Die klinischen und anatomischen Merkmale charakterisieren die Dariersche Krankheit genügend: die Seborrhoea, in der die Lokalisierung der Effloreszenzen dieselbe ist und in der die Efflorescenzen große Ähnlichkeit mit denjenigen der Darierschen Krankheit zeigen, ist leicht auszuschließen, da aus den Effloreszenzen bei Seborrhoea Comedonen ausgepreßt werden können. Bei Acanthosis nigricans ist die Lokalisierung der Effloreszenzen gleichfalls ähnlich, aber ihre Färbung ist anders und Schuppen und Schorfe fehlen. Gegenüber der Ichthyosis hystrix äußert sich der klinische Unterschied hauptsächlich in einer abweichenden Lokalisation. Die Bildung der runden Körper ist nicht spezifisch für die Dariersche Krankheit; sie werden auch bei Epitheliom, Papillom, bei der Pagetschen Krankheit und bei Lupus an behaarten Kopfstellen gefunden; bei keinem dieser Leiden ist aber ihre Zahl so bedeutend wie dem Darierschen. Therapeutisch kann durch keratolytische Mittel und acantolytische Maßnahmen die Möglichkeit einer bedeutenden Besserung erzielt werden. In seinem Falle sah Verf. bei Anwendung von β-Naphtol (10%) mit grüner Seife guten Erfolg. Ein ausführliches Literaturverzeichnis beschließt die Arbeit, welcher 2 Figuren im Text und 2 Tafeln mit vier farbigen Darstellungen beigegeben sind.

Schourp-Danzig.

8) **Sclérose atrophique de la peau et myosite généralisée,** par G. Petges et C. Cléjat. (Annales de dermatologie et de syphilis. 1906. Nr. 6.)

Die Verff. berichten sehr eingehend über die Krankengeschichte und den

Sektionsbefund eines Falles von „atrophischer Sklerose" der Haut (genauer ließ sich das klinische Krankheitsbild nicht bezeichnen), kombiniert mit allgemeiner Myositis. Es handelte sich um eine 30jährige Patientin, die nach etwa 11 Monate langer Hospitalpflege an Tuberkulose zugrunde gegangen war. Bei der anatomischen Untersuchung zeigten sich die bekannten, bei Sklerodermie beobachteten Veränderungen der Haut, der Subcutis und deren Blutgefäße. Auch in den Muskeln (M. biceps und rectus fem.) fanden sich Blutgefäße mit verdickten, sklerosierten Wandungen. Auf Schnitten wurden außerdem unmittelbar unter der Epidermis oder in tieferen Schichten des Coriums eigentümliche Körperchen festgestellt, die Darier, dem die Präparate vorlagen, von Plasmazellen, die der hyalinen Degeneration verfallen seien, ableitete. Den photographischen Abbildungen, auf die verwiesen wird, liegen leider Aufnahmen bei so schwacher Vergrößerung zugrunde, daß aus ihnen kein Aufschluß über die Natur der fraglichen Gebilde zu gewinnen ist. Wahrscheinlich wurde der Krankheitsprozeß durch die von den Tuberkelbazillen gelieferten Toxine hervorgerufen. Solger-Neisse.

9) **Fibromes miliaires folliculaires; sclérodermie consécutive,** par W. Dubreuilh. (Annales de dermatologie et de syphlilis. 1906. Nr. 6.)

Verf. konnte bei einer 44jährigen Patientin die diffuse, progressive Sklerodermie, die an den Extremitäten und dem Gesicht bestand, aus dem Zusammendrücken und schließlichen Zusammenfließen gesonderter Knötchen direkt ableiten. Dagegen waren Rumpf und proximale Abschnitte der Extremitäten mit isolierten, deutlich an die Haarfollikel gebundenen Fibromen übersät, die sich wie oberflächlich in die Haut eingedrungene Schrotkörner anfühlten. Die Bezeichnung Sclerodermie schlechthin ist daher für die Diagnose nicht ausreichend, man muß vielmehr stets darauf bedacht sein, sie qualitativ noch näher zu charakterisieren, und das ist durchaus nicht immer so leicht. Solger-Neisse.

10) **What is Kraurosis vulvae?** by Brothers. (Post Graduate New-York. 1906. März.)

Im Anschluß an einen selbstbeobachteten Fall von Kraurosis vulvae, die im Gefolge einer Dammrissoperation aufgetreten war und durch Entfernung der erkrankten Hautpartien erheblich gebessert wurde, bespricht Verf. ausführlich die Ätiologie und Pathologie dieser interessanten Affektion. Er betrachtet sie mit Veit als den Folgezustand eines lange bestehenden Pruritus vulvae, mit welchem Leiden die Kraurosis klinisch, makro- und mikroskopisch viele Ähnlichkeiten aufweist. Th. Pulvermacher-Berlin.

11) **Deux observations pour servir de contribution à l'étude clinique et histologique du Xeroderma pigmentosum,** par J. Nicolas et M. Favre. (Annales de dermatologie et de syphilis. 1906. Nr. 6.)

Die Verf. berichten über 2 Fälle von Xeroderma pigmentosum, die neben manchen Verschiedenheiten doch unter dasselbe allgemeine, vielgestaltige Krankheitsbild fallen. In dem einen Fall handelt es sich um ein 6jähriges Kind (Xeroderma praecox, congenitale), im anderen um eine 71jährige Greisin (Spätform). Erythem, pigmentierte und pigmentlose Flecke, vaskularisierte Bezirke, Abschuppung und Warzenbildung fanden sich bei beiden; beim Kinde gesellten sich hierzu noch Geschwüre oder vielmehr ulzerierte Tumoren (Nase). Der verschiedenen Intensität im Verlaufe des Krankheitsprozesses entsprechend wird die Prognose für beide Fälle verschieden lauten müssen, sie ist als infaust für das Kind, als weniger ernst für die alte Frau zu bezeichnen. Die Kranken-

geschichten werden durch den Bericht über die Ergebnisse der mikroskopischen Untersuchung der exzidierten Wucherungen (Nase, Wange) ergänzt. In bibliographischer Hinsicht sei noch bemerkt, daß Francoz in einer Lyoner Thèse (1905) genauer über die beiden Fälle berichtete. Solger-Neisse.

12) **Sur un cas d'épithéliomatose de Paget à forme pigmentaire,** par Ch. Audry. (Annales de dermatologie et de syphilis. 1906. Juni.)

Verf. berichtet über die Ergebnisse der anatomischen Untersuchung einer wegen Pagetschen Krankheit und Karzinom amputierten rechtsseitigen Mamma. Auch hier konnten die von Darier beschriebenen Zellen nachgewiesen werden. Ein neues Element trat in der äußeren Zone des Warzenhofes auf, nämlich Pigment und zwar meist intracelluläres, welches stellenweise so massenhaft angehäuft war, daß schon für das bloße Auge mehrere braune oder schwarze Flecken unterscheidbar waren, die unter der Haut der Mamma oder in ihr ihre Lage hatten. Pigmentation scheint bisher bei dieser Affektion doch nicht beobachtet zu sein. In Übereinstimmung mit anderen Autoren sieht Verf. die Pagetsche Krankheit als eine akantholytische Epitheliomatose an, die von der Brustwarze ihren Ausgang nimmt. Das früher oder später sich anschließende Karzinom greift dann durch Vermittelung der Milchgänge auf die Drüse über. Erwägt man, daß die Brustwarze ein pigmentiertes, gewissermaßen ein normales melanotisches Organ ist, so gelangt man von selbst zu der Vorstellung, daß sie die Rolle eines primären Nävokarzinoms spielt, der Vorgang wäre dann derselbe, wie bei der Mehrzahl der melanotischen Hautkarzinome. Verf. geht sogar so weit, den gesamten epithelialen Apparat der Brustdrüse als einen einfachen Nävus, als ein histologisches Nävokarzinom im Sinne von Unna anzusprechen und daher das Mammakarzinom als ein kutanes Nävokarzinom zu deuten (vgl. hierzu Ref. in d. Centralbl. VI. S. 104 und VII. S. 366). Solger-Neisse.

13) **Über Cylindroma epitheliale,** von R. Polland. (Monatsh. f. prakt. Dermatologie. XLIII. Nr. 6.)

Ein 77 jähriger Mann bemerkte seit 2 Jahren, daß sich auf der Nase, an der Wange und an verschiedenen anderen Stellen des Gesichtes kleine Knoten bildeten, welche langsam wuchsen, schließlich weicher wurden und exulzerierten. Es wurden vier dieser eigentümlich wachsartig, transparenten Tumoren exzidiert und histologisch untersucht. Es ergab sich, daß sie alle denselben Parenchymcharakter aufwiesen, nämlich den Charakter des Ulcus rodens, d. h. sie erwiesen sich zusammengesetzt aus Zellen mit großen, sich stark färbenden Kernen und spärlichem, nicht eosinophilem Protoplasma. Auf Grund seiner Untersuchungen und unter Berücksichtigung der Literatur glaubt Verf. annehmen zu dürfen, daß die eigentümlichen, multiplen, gutartigen Tumoren des Gesichtes und behaarten Kopfes, welche als Cylindrom, Endotheliom, Epithelioma benignum beschrieben wurden, als identisch aufzufassen und den Epitheliomen zuzurechnen sind. Im vorliegenden Fall und in den Fällen mehrerer Autoren ist der Zusammenhang mit der Epidermis unanfechtbar im Präparat zu sehen; und wenn es in anderen Fällen nicht gelang, diesen Nachweis zu bringen, so liegt dies zum Teil daran, daß nicht in lückenlosen Serien untersucht wurde, oder daß man sich durch einen scheinbaren Zusammenhang mit Blut- oder Lymphgefäßen zu der Annahme verleiten ließ, daß es sich um Tumoren endothelialen Ursprungs handle.

Schourp-Danzig.

Neuritische Dermatosen.

14) **Zur Frage der trophischen Nervenfunktion,** von Wilhelm Trendelenburg. (Neurolog. Centralbl. 1906. Nr. 9.)

Die späteren mechanischen Schädigungen der Haut, welche nach Hinterwurzeldurchschneidungen bei anderen Tieren leicht eine trophische Störung bedingten und hierdurch die Klarheit des Experiments trübten, wußte Verf. zu vermeiden, indem er zu seinen Versuchen die von dichtem Federkleide geschützten Flügel der Taube benutzte. Während bei Hinterwurzeldurchschneidungen am weniger befiederten Beine der Tauben zuerst Bewegungsstörung, später Auftreten mit dem Zehenrücken und hierauf Entzündung, Aufscheuern und Verdickung des Fußes erfolgte, fielen ähnliche Erscheinungen bei den Nervendurchschneidungen am Flügel fort. Nach einseitigem Sensibilitätsverlust des Flügels blieb die Flugfähigkeit auch bei Wendungen des Fluges ungeschwächt. Hingegen fiel es auf, daß an dem operierten Flügel die Federn zwar nicht zahlreicher ausgingen, daß aber bei der Mauserung das Wachstum der neuen Federn nach Hinterwurzeldurchschneidungen viel langsamer erfolgte, ja die jungen Federn häufig bald wieder abbrachen. Daß äußere Verletzungen nicht im Spiele seien, bewies das Vorhandensein der solchen am meisten ausgesetzten äußeren Schwungfedern. Bemerkenswert ist, daß, während vier jüngere Tiere diese gleichen Störungen zeigten, ein fünftes, dessen Alter bereits bis zum Aufhören der Mauserung vorgeschritten war, völlig unbeinflußt blieb. Verf. schließt aus seinen Versuchen, daß die trophische Störung nicht in dem Sensibiltätsverlust ihre primäre Ursache hat. Hingegen sei damit noch nicht die Annahme spezifischer trophischer Nerven motiviert. Da die Gefäßerweiterer zum Teil mit hinteren Wurzeln austreten, könne sich die Störung auch auf den Mangel einer genügenden Gefäßerweiterung beziehen. Unter normalen Bedingungen gehe die Ernährung der Gefäße trotzdem vor sich, die starke Hyperämie aber, welche die Mauserzeit an den Bildungsstätten der neuen Federn erfordert, kommt nicht zustande, und so erklärt sich, daß sich die Federn zwar bilden, aber in Wachstum und Widerstandskraft zurückbleiben. Verf. spricht dieser Beziehung zur Gefäßinnervation eine große Wahrscheinlichkeit zu. J.

15) **Rapport sur la contagion de la pelade,** par H. Hallopeau. (Journ. des maladies cutan. et syphil. 1906. Mai.)

Verf. ist der Ansicht, daß die Alopecia areata alle Eigentümlichkeiten einer parasitären Erkrankung zeigt, und daß die Reflextheorie nicht imstande ist, die klinischen Symptome zu erklären. Als Stützen seiner Argumentation sieht er an: das häufige Auftreten der Affektion bei den Mitgliedern einer Familie, in Schulen, militärischen Verbänden und an gewissen Orten. Gerade die fehlende Ubiquität — in Rußland z. B. gehört die Erkrankung zu den allerseltensten — gehört zu den charakteristischen Eigenschaften der parasitären Krankheiten geradeso wie die klinischen Zeichen, z. B. das exzentrische Fortschreiten und die Vermehrung der einzelnen Herde. Endlich die Heilung, die ausschließlich durch örtliche Anwendung parasitizider Mittel erfolgt. Gegen die Reflextheorie Jaquets spricht die Tatsache, daß die Alopecia areata sich sehr selten bei Leuten findet, die an den Zähnen oder deren Nachbarschaft Erkrankungen aufweisen und daß sie auf parasitizide Mittel heilt, auch wenn man sich um den Zustand der Zähne gar nicht kümmert. Die immer als Gegengrund angeführte Resultatlosigkeit der Inokulationsversuche spricht nur für

Eigenart der Erkrankung. Vielleicht ist das infizierende Agens in den tiefen Schichten der Haut lokalisiert und gelangt nur ab und zu, wenn es keine floride Infektionskraft besitzt, an die Oberfläche. Paul Oppler-Breslau.

16) **Sullo stato del midollo osseo negli ammalati di pemfigo,** per Truffi. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1906.)

Verf. hat in 4 Fällen von Pemphigus Knochenmarksuntersuchungen gemacht. In einem Falle trat an einigen umschriebenen Punkten eine Rückkehr vom Fettmark zum funktionierenden roten Mark hervor. In einem zweiten Fall war die Zellenstruktur des Markes noch mehr ausgesprochen, und in einem dritten endlich war völlig funktionierendes Mark vorhanden. Nur der vierte Fall hatte reines Fettmark. Die Unterschiede in den drei ersten Fällen waren nur quantitative. Überall fanden sich Myelocyten, Lymphocyten, gekernte und ungekernte rote Blutzellen und Megalocyten. Eine Vermehrung der großen mononukleären Zellen hat Verf. niemals konstatiert, im Gegensatz zu dem Befunde in einem Falle Pelagattis. Es handelt sich also beim Pemphigus nicht um eine Blutkrankheit im Sinne Lereddés, sondern um eine Toxin- oder Infektionsfolge. Darauf weisen auch die in sämtlichen 4 Fällen gefundenen Nephritiden hin (3 Mal acute parenchymatöse Nephritis und einmal eine Exacerbation einer chronischen Nephritis), ferner die in 3 Fällen gefundene fettige Degeneration der Leberzellen. Dreyer-Köln.

17) **„Isolierter“ Pemphigus der Schleimhäute,** von Fritz Callomon. (Dermatologische Zeitschrift. 1906. August.)

Die Patientin des Verf.'s litt seit dem Jahre 1901 an Pemphigusanfällen auf den Schleimhäuten des Mundes und Rachens und den Konjunktiven der Augen. Die äußere Haut war niemals ergriffen. Die jahrelang sich häufenden Ausbrüche haben zu Schrumpfungsprozessen und Verwachsungen geführt, die dem Gesamtbilde ein besonders charakteristisches Aussehen verleihen.
Immerwahr-Berlin.

18) **Ein Fall von Pruritus cutaneus bei Erkrankung der Niere und Nebennieren,** von Th. Veiel. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. LXXX. 1906. S. 59.)

Die 61 jähr. Patientin kam wegen eines ausgesprochenen Pruritus cutaneus zur Behandlung. Hierzu trat eine allmählich immer dunkler werdende Bronzefärbung der Haut, besonders an Rücken und Genitalien, die Sklera war perlweiß gefärbt, so daß trotz des Freibleibens der Schleimhäute die Diagnose auf echte Addisonsche Krankheit gestellt werden mußte. Die Obduktion ergab dazu eine chronische diffuse Nephritis mit sekundärer Schrumpfniere und cystöse Entartung der Nebennieren. Verf. konnte einen zweiten Fall von Pruritus und Bronzekrankheit mit objektiven Veränderungen an Hirn und Nebenniere in der Literatur nicht auffinden. V. Lion-Mannheim.

19) **Herpes zoster mit generalisierter Lokalisation,** von Beyer. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. LXXVIII. 1906. S. 233.)

Verf. beobachtete bei einem 45 jährigen Patienten einen Herpes zoster intercostalis gangraenosus mit zahlreichen über verschiedene Stellen des Körpers zerstreuten „Vesicules aberrantes“. Abweichend von allen bisher beschriebenen Fällen dieser Art wurden, wie der Zoster, so auch die verirrten Bläschen gangränös und heilten mit Narbenbildung ab, die nach 3 Monaten deutlich sichtbar war. V. Lion-Mannheim.

Parasitäre Dermatosen.

20) **Dermatomycose des regions glabres causées chez l'homme par le Microsporon canis,** par J. Nicolas et L. Lacomme. (Annales de dermatologie et de syphilis. 1906. Nr. 4.)

Bei einem 37 jährigen Mann, der öfters mit einem an umschriebenen Haarausfall leidenden Hunde spielte, traten in der Schultergegend und der Achselhöhle kreisrunde, von einem leicht erhabenen Rand begrenzte, gerötete, mit Schuppen bedeckte Flecke auf, die Jucken verursachten. Abgelöste Hornlamellen waren mit zahlreichen Myceliumfäden belegt, während die Haare, die aus dem Bereich der Krankheitsherde des Hundes stammten, von einer zusammenhängenden, dicken Sporenscheide überzogen waren. Auf experimentellem Wege wurde die Identität der Parasiten in beiden Fällen erwiesen, und zwar handelte es sich um Microsporon canis (Sabouraud, Bodin). Die Affektion des Pat. ging nach einigen Schwefelbädern, Einreibungen mit grüner Seife und Bepinselung mit Jodtinktur rasch zurück. Solger-Neisse.

21) **Zur Pathogenese der multiplen Abszesse im Säuglingsalter,** von Felix Lewandowsky. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. LXXX. 1906. S. 179.)

Verf. beobachtete 3 Fälle von multiplen Abszessen der Säuglinge, bei denen die Entstehung durch exogene Infektion der Haut mit Staphylokokken bewiesen werden konnte. Histologisch konnte gezeigt werden, daß die Staphylokokken auf die kindliche Haut auf dem Wege der Schweißdrüsenausführungsgänge gelangen. Neben den Abscessen fand sich eine von den bekannten Impetigoarten klinisch zu trennende oberflächliche pustulöse Affektion, die histologisch als Eiterung in und um die Schweißdrüsenporen, als Periporitis charakterisiert ist. Von dieser Periporitis kann ein tiefer Abszeß seinen Ausgang nehmen. Ein Teil der tiefen Abszesse entsteht ohne vorausgehende Pustulation durch Staphylokokken, die (wahrscheinlich) in die tieferen Teile der Ausführungsgänge vorgedrungen sind. V. Lion-Mannheim.

22) **Beitrag zur Anatomie des Favusscutulum,** von Paulus. (Dermatologische Zeitschrift. 1906. April.)

Auch unabhängig von einem Haar oder Haarbalgtrichter kann es zur Entwickelung typischer Scutula kommen, welche dann zwischen den mittleren Lagen der Hornschicht ihren Sitz haben. Ein der Oberfläche der Haut paralleles, von größeren Pilzkolonien unabhängiges Wachstum der Pilze konnte Verf. nicht konstatieren. Das Wachstum des Pilzes im Scutulum ist kein kontinuierliches, sondern ein periodenweises. Das Wachstum ist ein zentrifugales. Der Pilz kommt nicht im Haarbulbus vor und dringt nicht in die Epidermis und Cutis ein. Immerwahr-Berlin.

23) **Report of two cases of larva migrans with special reference to the treatment,** by M. B. Hutchins. (Journ. of Cutan. Diseases. 1906. Nr. 6.)

Verf. beschreibt 2 Fälle von Larva migrans und ihre Behandlung. Die beste Behandlung besteht nach ihm darin, daß man in den Larvengang hinter dem Aufenthalt des Parasiten Kokain injiziert, und hierauf Chloroform, welches ihn tötet. Die Idee zur Wahl des Chloroforms stammt aus der Praxis der Entomologen, die dieses Mittel vielfach benutzen. Solger-Rostock.

24) **A case of disseminated tinea circinata corporis,** by A. H. Ohman. (St. Louis Medical and Surgical Journal. 1906. April.)

24 jähriger Bäcker, der mit einer Bläscheneruption oberhalb der Knie-

kehlen erkrankte, von wo sich die Affektion in Kreis-, Bogen- und Achterfiguren allmählich über Beine, Hüften, Bauch und Brust ausbreitete. Nach Platzen und Eintrocknen der Bläschen bedeckte sich die etwas erhöhte Peripherie der Figuren mit Krusten, das glattere Centrum mit feinen Schüppchen; ein leichtes Brennen begleitet jede frische Eruption. Nach 8tägiger Behandlung rasche Besserung durch Waschungen, Entfernen der Krusten mit grüner Seife und Anwendung von Schwefelsalbe. Das Interessante an dem Falle war, daß Pat. starke Schweißabsonderung zeigte, aber nur an den Stellen, die von der Flechte bedeckt waren, während die übrigen Körperteile trocken blieben. Dieser Befund stimmt gut mit der Erfahrung überein, daß Ringworm zu den Dermatosen gehört, die besonders gut auf feuchtem Boden und bei heißer Temperatur gedeihen. Der Umstand, daß es sich um eine „epiphytic tinea", d. h. um eine nur oberflächliche Ansiedelung des Pilzes handelt, bei der die Haare nicht mit befallen waren, vereinfachte die Behandlung und erklärt die schnelle Heilung.

Th. Pulvermacher-Berlin.

25) **Dermatomyiasis,** von Wirsing. (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 23.)

Verf. beschreibt eine Dermatomyiasis, eine Fliegenlarvenaffektion der Haut, beim Reh. Die Dasselfliege legt an den Haaren des Rehs Eier ab, die Larve durchbohrt die Haut, und es kommt zur Bildung der sog. Dasselbeulen. Die Tiere erkennen ganz genau das Herannahen solcher Bremsen und geraten in Aufregung.

Schourp-Danzig.

Chronische Infektionskrankheiten der Haut.

26) **Über eine bisher nicht beschriebene Hauterkrankung, Lymphogranulomatosis cutis,** von S. Grosz. (Beitr. z. pathol. Anatomie u. allg. Pathologie. XXXIX. 1906.)

Die Beobachtung von Verf. betrifft einen 21jährigen Pat., der wegen Schwellung der Cervikal- und Axillardrüsen Aufnahme im Krankenhause gesucht hatte, nachdem ihm einige Monate vorher schon mehrere Lymphdrüsentumoren operativ enternt worden waren. Gleichzeitig bestand eine beträchtliche Schwellung der Milz, die den Rippenbogen um zwei Querfinger überragte. Endlich trug die Thoraxhaut eine große Anzahl halbkugeliger oder elliptischer Geschwülste von verschiedener Größe, die entweder von derber Konsistenz waren oder weicher und dann aus ihrer eröffneten Kuppe eine blutig-seröse Flüssigkeit entleerten. Die histologische Untersuchung eines exzidierten Knotens ergab eine Zusammensetzung aus Lymphozyten, Bindegewebszellen, Plasma- und Mastzellen und endlich aus eigentümlichen, großen, riesenzellenähnlichen Gebilden. Die Beobachtung ließ sich in eine der bekannten Krankheitsbilder zunächst nicht einreihen. Nachdem die durch mehr als 2 Monate fortgesetzte subkutane Einverleibung von Natrium kakodylicum auf die Lymphome und Hauttumoren ohne sichtbare Wirkung geblieben war, erfolgte unter Temperatursteigerung und Dyspnoe der Exitus. Die Untersuchung einer vergrößerten Lymphdrüse (hier zum Teil auch Riesenzellen mit Mitosen), ebenso wie die der Knoten, die in Milz und Leber sich neugebildet hatten, ergab wesentlich dasselbe Bild, wie es die Hautgeschwülste dargeboten hatten, dagegen waren Gewebsveränderungen im Sinne der Tuberkulose nicht nachweisbar, auch die Suche nach dem Tuberkelbacillus vergeblich. Die geschilderten Infiltrate sind als Granulome aufzufassen. Um ihren innigen

Beziehungen zum lymphatischen Apparat gerecht zu werden und gleichzeitig der klinischen Ähnlichkeit des Krankheitsbildes mit der Pseudoleukämie Rechnung zu tragen, wählt Verf. zur Bezeichnung der Allgemeinerkrankung den Terminus: Granulomatosis textus lymphatici (sub forma pseudoleucaemiae, Typus Paltauf-Sternberg), zur Benennung der Lokalisation auf der Haut den Ausdruck Lymphogranulomatosis cutis.

Bernh. Solger-Neisse.

27) **Sur la pathologie et la thérapeutique de la lèpre,** par Unna. (Lepra. VI. 1906.)

In der Arbeit, die im Original eingesehen werden muß, ist es dem Verf. darum zu tun, die Haltlosigkeit des Dogmas von der Unheilbarkeit der Lepra nachzuweisen. Es gäbe zwar kein Spezifikum gegen diese Krankheit, aber eine große Anzahl bei der richtigen Anwendung wirksamer Mittel. Es käme darauf an, mit außerordentlicher Ausdauer und Sorgfalt, innerlich wie äußerlich, die verschiedenen Mittel je nach den Anzeigen kombinierend, jedes Symptom bekämpfend, vorzugehen.

Amende-Bamberg.

28) **Bericht des Kreisarztes Medizinalrat Dr. Urbanowicz über Versuche mit der Behandlung Leprakranker mit Röntgen-Strahlen,** angestellt durch O. Lassar, A. Siegfried und Urbanowicz. (Dermatologische Zeitschrift. 1906. Oktober.)

Neun Lepröse wurden im Memeler Lepraheim bestrahlt. Eine Heilung der Leprakrankheit durch Bestrahlung mit den Röntgen-Strahlen ist nach den bisherigen Beobachtungen unwahrscheinlich. Das Resultat der bisherigen Bestrahlungen bei weit vorgeschrittenen Krankheitsfällen war gleich Null. Lokale Wirkungen an den bestrahlten Stellen waren jedoch unverkennbar und sind denen durch andere Mittel und Methoden bisher erzielten gleichzustellen. Die bisherigen Beobachtungen spornen aber zu weiteren Versuchen bei Initialfällen mit zerstreuten isolierten Knoten und Knotenhaufen, sowie bei Infiltrationen an.

Immerwahr-Berlin.

29) **Les troubles mentaux dans la lèpre, à propos d'un cas de „psychose polynévritique" chez un lepreux,** par de Beurmann, Roubinovitch et Gougerot. (Lepra. Bibliothèque internat. VI. 1906.)

Einer im Bd. II der gleichen Zeitschrift erschienenen Abhandlung über Geistesstörungen bei Lepra fügen die Verff. ein Komplement in Form eingehenden Krankenberichtes und praktischer Schlußfolgerungen hinzu. Aus ihren Erfahrungen geht hervor, daß die Lepra Sklerosen jeden Grades sowie auf der Haut und an inneren Organen auch an den Nerven hervorbringen kann. Diese Sklerosen sind der Abschluß lepröser Prozesse in zellulären und bazillären Infiltraten, welche oft noch bestehen, manchmal aber schon verschwunden sind. Sie stellt sich dar als ein lokaler Reaktionsvorgang im Bindegewebe, welcher durch die unmittelbare Tätigkeit der Bazillen entsteht. Je älter das Leprom wird, um so weiter schreitet die Umbildung des zellulär-lympho-konjunktiven Infiltrates in fibröses Gewebe fort. In diesem sklerotisch werdenden Gewebe dauern lepröse und bazilläre Zellen noch lange fort, bis die Sklerose endlich das Infiltrat erstickt hat. Dieser Vorgang in der Entwickelung der leprösen Sklerose gleicht durchaus dem entsrechenden bei Tuberkulose. Beide kommen zustande durch die fibröse Umbildung eines zellulären Infiltrates unter dem lokalen Einfluß des Krankheitserregers. J.

30) **Die Lepra auf der Insel Oesel,** von S. Talwick. (Lepra. Biblioth. internat. VI. 1906.)

Verf. legt seinen Studien über die Ätiologie der Lepra ein zahlreiches und eingehend beobachtetes Krankenmaterial von der Insel Oesel zugrunde. Über die Hälfte der Leprösen der einen Gruppe hatte keinen Familienzusammenhang mit anderen Leprösen, so daß von erblicher Übertragung oder Disposition keine Rede sein konnte. Aber auch die Fälle der anderen Gruppe gewährten für die Annahme direkter erblicher Übertragung keine genügende Stütze. Meist waren die Eltern gesund, hingegen Geschwister oder fernere Verwandte leprös. Oft hatten später leprös werdende Eltern noch bei voller Gesundheit Kinder erzeugt, die ihrerseits in späterem Lebensalter Lepra akquirierten. Wenn also das bedeutende Material des Verf. durchaus keinen Anhalt für die von anderen Autoren betonte Erblichkeitstheorie bot, so war um so zuverlässiger in allen seinen Fällen eine vorhergehende Beziehung der Erkrankten zu anderen Leprösen nachzuweisen. Alle Verhältnisse, welche eine persönliche Berührung ermöglichen, Hausgenossenschaft, Heirat, Kinder- und Krankenpflege, gleiche Beschäftigung und Benutzung gleicher Kleider und Geräte, auch nachbarlicher Verkehr kam hier in Betracht, so daß die Schlußfolgerung des Verf., daß es sich um ein von Person zu Person übertragbarens Kontagium bei der Lepra handelt, überzeugend bewiesen erscheint. J.

31) **Über den Bau eines Leprosoriums in den Tropen,** von B. Römer. (Archiv f. Schiffs- und Tropen-Hygiene. X. 1906. Nr. 19.)

Verf. verlangt, daß ein Leprosorium, soweit als möglich, von jeder bewohnten Niederlassung entfernt gehalten werden soll, wenn es nicht auf einer abgelegenen Insel gebaut werden kann. Die beste Lage ist auf schräg nach dem Fluß ablaufendem Terrain auf sandigem Boden. Das Leprosorium soll nach den Prinzipien der modernen Hygiene gebaut sein. Einfachheit, Reinheit und Billigkeit sind gut zu vereinigen. Zweckmäßige Absonderung des Leprosoriums gegen die Außenwelt. Ackerbau und Viehzucht ist gestattet. Strenge Disziplin, Ruhe und Ordnung stehen einer humanen Behandlung nicht im Wege. Einheitlichkeit in Behandlung, Pflege und Nahrung ist zu erstreben. Das Pavillonsystem ist das beste. Den Pat. wird der Verbleib im Leprosorium in jeder Hinsicht so angenehm wie möglich gemacht. Es wird dem Ritus und der Religion des Pat. Rechnung getragen. Durch Zirkulation von eigenem Papiergeld kann jedem Handel mit der Außenwelt vorgebeugt werden. Freier Verkehr mit der Außenwelt ist nicht gestattet. Anmeldung von dem Wohnort jedes Leprösen ist gesetzliche Verpflichtung. J.

32) **Behandlung (Lichtbehandlung) von Lupus conjunctivae,** von Lundsgaard. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 1906. Febr./März.)

In 0,88 % des Lupus vulgaris fand sich als Komplikation Lupus conjunctivae. Die beste Behandlungsmethode ist die Exzision. Falls die Affektion zu ausgedehnt ist oder durch ihren Sitz nach der Operation Verunstaltungen zurücklassen würde, leistet die Finsenmethode vorzügliches. Verf. hatte den Eindruck, daß die Schleimhaut auf die Lichtbehandlung besonders schnell und günstig reagiert. Behandelt wurde bei einfacher Evertierung, ohne instrumentelle Beihilfe, ein gewöhnliches Druckglas wurde, ohne besonders unangenehme Empfindung für den Pat., gegen den knochigen Orbitalrand gepreßt. Amende-Bamberg.

33) **Le traitement du lupus par la photothérapie à la clinique de l'hopital Saint Louis,** par A. Chatin. (Journ. des maladies cutan. et syphil. 1906. Juni.)

Die Resultate sind im Vergleiche zu denen Finsens schlecht; Verf.

glaubt, daß der Grund hierfür in der ungleich größeren Wirksamkeit seiner Apparate und seiner ganz besonders entwickelten Technik lag. Gute Ergebnisse liefert die Behandlung beim Lupus nur dann, wenn er in einer Region lag, in der man mit energischer und regelmäßiger Kompression arbeiten konnte, also z. B. im Centrum der Wange. Schlechte Resultate wurden bei den alten, besonders den sklerosierenden Formen erzielt, bei dem ulzerierenden und vegetierenden Lupus konnte die Lichtbehandlung zur Vollendung bzw. Sicherung der Heilung herangezogen werden. Bei den kutanen Formen des Lupus erythematodes versagt sie fast vollständig, während sie bei den oberflächlichen Formen schnelle und gute Resultate gibt. Paul Oppler-Breslau.

34) **Über die kombinierte Resorcin und Röntgen-Behandlung des Lupus vulgaris nach Ehrmann,** von Reines. (Berliner klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 35.)

Unter Mitteilung einiger Krankengeschichten macht Verf. auf die guten Erfolge obiger Behandlung an der Ehrmannschen Klinik aufmerksam. Die Behandlung verlief folgendermaßen: 4—5 tägige Resorcinschälkur, bis Mortifikation der oberflächlichsten Schichten der Lupusknötchen erreicht war. Entfernung des Resorcinschorfes mit Gaze oder scharfem Löffel, so daß eine nässende, epidermislose Fläche zutage lag, die Röntgen-Strahlen ausgesetzt wurde, während gleichzeitig die Resorcinbehandlung solange als möglich fortgesetzt wurde. Nach einer längeren oder kürzeren derartigen Behandlungsperiode, während welcher darauf geachtet wurde, die zu bestrahlende Partie nicht epidermisieren zu lassen (was durch immer wieder erneute Resorcinbehandlung erreicht wurde), trat eine längere Pause ein. Dann Inspizierung der inzwischen unter Borsalbe überhäuteten Partie und eventuell Wiederaufnahme der Behandlung bis zur Heilung, die in den mitgeteilten Fällen in 2—7 Monaten erzielt war. Den Hauptvorteil dieser Methode sieht Verf. in der Abkürzung des Heilungsprozesses. In Kürze erwähnt Verf. noch ein auffallend gutes Resultat in einem sehr hartnäckigen Fall in der Kombination der Dreuwschen Methode mit Röntgen-Behandlung.

Lengefeld-Brandenburg a./H.

35) **Bemerkenswerter Fall von tuberkulösem Hautexanthem,** von Hans Vörner. (Münchener med. Wochenschrift. 1906. Nr. 37.)

Ein Fall, bei dem die Diagnose zwischen inzipienter tuberkulöser oder lupöser Form oder Tuberkulid schwankt. Das Aussehen der Knötchen spricht für letztere Ansicht. G. Trautmann-München.

Gonorrhoe.

36) **Nouveau traitement de la goutte militaire par le dynamoinjecteur,** par G. Filaretopoulo. (Journ. des maladies cutan. et syphil. 1906. April.)

Verf. räumt der mechanischen Behandlung bei der Therapie der chronischen Gonorrhoe einen wichtigen Platz ein. Außer der Prostatamassage bedarf es auch der gleichmäßigen Dilatation der gesamten Urethrae, der Expression der Urethraldrüsen und endlich der Applikation an Medikamenten, die er am liebsten in Salbenform verwendet. Um gleichzeitig und schnell alle diese Maßnahmen einwirken lassen, hat er einen Dynamoinjekteur angegeben, dessen Beschreibung im Originale nachzulesen ist. Die Resultate der Behandlung mit diesem Instrumente sind nach Verf. sehr zufriedenstellend.

Paul Oppler-Breslau.

37) **Ein neuer Pinselapparat zur Behandlung der Urethritis gonorrhoica anterior,** von Leo Leistikow. (Monatsh. f. prakt. Dermatologie. XLIII. Nr. 6.)

Verf. empfand bei dem Ultzmannschen Pinsel den Nachteil, daß der Pinsel zu klein ist, um bei stark gefalteter Schleimhaut genügend wirken zu können, und ließ deshalb einen neuen Pinselapparat herstellen, dessen Pinsel die Stärke eines gewöhnlichen Rachenpinsels aufweist. Der Apparat besteht aus einem Tubus, welcher mit einem Obturator armiert ist. In diesen Tubus kommt ein zweiter Tubus, in den der Pinsel eingeschoben wird und welcher innen nahe dem endourethralen Ende eine Auftreibung hat. Von diesem Ende aus kann der Pinsel eingeführt und soweit zurückgeschoben werden, daß er im Rohre völlig gedeckt ist. Der therapeutische Erfolg ist deshalb weit größer als bei der Anwendung des Ultzmannschen Apparates, weil die Größe des Pinsels alle erkrankten Buchtungen und Falten mit verhältnismäßig bedeutender Menge Ätzflüssigeit zu treffen gestattet. Zur Behandlung der weichen Infiltrate empfiehlt Verf. die zwei- bis dreimal wöchentliche Pinselung der ganzen Schleimhaut der vorderen Urethra mit 2—3 %iger wässeriger Ichtharganlösung oder lokale Ätzung mit 6—10 %iger Ichtharganlösung; zur Behandlung der harten Infiltrate: Ichtharganpinselung 2 Mal in der Woche nach vorhergehender Dehnung mit Kollmann- oder Oberländer-Dilatator.

Schourp-Danzig.

38) **La costituzione anatomica del pus blenorragico,** pel Pelagatti. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1906. Fasc. 3.)

Die Untersuchungen erstreckten sich auf 154 Fälle von eintägiger bis mehrtägiger Dauer. Stets wurden mehr oder weniger Gonokokken nachgewiesen. Die Präparate wurden mit Osmiumdämpfen fixiert und mehrere Stunden lang mit der modifizierten Pappenheimschen Lösung gefärbt. Verf. legt Wert darauf, daß die einzelnen Phasen der Bereitung des Präparates unmittelbar aufeinander folgen. Der Mangel von Degenerationserscheinungen der polynukleären Eiterzellen erscheint charakteristisch für die Gonorrhoe. Die unregelmäßige Verteilung der Gonokokken in den polynukleären Zellen läßt ein aktives Eindringen in diese annehmen und macht die phagocytäre Tätigkeit der ersteren unwahrscheinlich. Unter den Epithelien wiegen in den ersten Tagen der Gonorrhoe die Plattenepithelien vor, dann erscheinen zuerst längliche, später abgerundete Cylinderepithelien und schließlich wieder umgewandelte Plattenepithelien. Die Drüsenepithelien sind besonders interessant, besitzen phagocytäre Eigenschaften, enthalten oft im Innern Gonokokken, haben ein purpurrot gefärbtes Protoplasma und einen himmelblauen Kern, während die übrigen Epithelien bei der gleichen Pappenheimschen Färbung eine gelbliche Rosafärbung des Protoplasmas und blauen Kern zeigten. Zu den Drüsenzellen gehören eine Anzahl Elemente, die irrtümlich als größere und mittlere Lymphocyten angesehen werden. Den Lymphozyten des gonorrhoischen Eiters möchte Verf. eine hämatogene Abkunft zuschreiben. Polynukleäre eosinophile Zellen fanden sich namentlich im ersten akuten Stadium. Ihr späteres Vorkommen hängt von zufälligen Momenten, Therapie (Silbersalze) usw. ab und hat keine Bedeutung für Prognose oder Diagnose. Mastzellen, welche bei Färbung mit polychronem Methylenblau leicht mit neutrophilen polynukleären Zellen zu verwechseln sind, die eine feine violette Körnelung zeigen, fanden sich je einmal in einem chronischen und in einem akuten Fall. Sie sind bedeutungslos. Dagegen haben Muskelzellen eine gewisse

Bedeutung, da sie bei akuten Prozessen der hinteren Harnröhre und bei Epididymitis auftreten. Dreyer-Köln.

39) **Zur Aspirationstherapie gonorrhoischer Urethritiden,** von Theodor Mayer. (Dermatologische Zeitschrift. 1906. August.)

Die Biersche Stauungshyperämiebehandlung war bei akuten Gonorrhöen ohne jeden Erfolg, bei subakuten Gonorrhöen, speziell solchen mit beginnenden und schon ausgebildeten weichen Infiltraten scheint die Aspirationstherapie einen gewissen Wert zu besitzen. Immerwahr-Berlin.

40) **Beiträge zur pathologischen Anatomie der chronischen Gonorrhoe,** von H. Lohnstein. Monatsber. f. Urologie. XI. 1906.)

Verf. benutzt bei der Behandlung chronischer Gonorrhöen zuweilen das Curettement der Urethralschleimhaut zur Freimachung der verstopften Ausführungsgänge und Lakunen und Entfernung der gewucherten Epithelmassen. Dabei wurden zuweilen Gewebsfragmente herausbefördert und zur histologischen Untersuchung verwendet. Die untersuchten Präparate entstammten 16 Patienten, die sämtlich manifeste Erscheinungen ihres Leidens zeigten. Im ganzen wurden fast 1000 Präparate untersucht. Die genaue Beschreibung der Resultate muß im Original nachgesehen werden. Verf. kommt nach seinen Studien zu folgenden Schlüssen: Fast in allen Fällen finden sich tiefgehende Veränderungen der Epithelialschicht, die als Hauptursache für die Hartnäckigkeit gegenüber therapeutischen Maßnahmen aufzufassen sind. Dieselben bestehen in Hypertrophie, Veränderungen des Charakters der normalen Epithelschicht, Degenerationserscheinungen, Leukozyteninfiltration, polypösen Zellwuchernngen über der Oberfläche, Verschiebung der Grenzen gegen das Subepithel. Ein ausgesprochener Parallelismus zwischen den epithelialen und subepithelialen Veränderungen besteht nicht. Diese letzteren stellen Zottenneubildungen in der Pars. ant. und post. dar. Die Drüsen erkranken gleichfalls in der Epithelial- und Subepithelialschicht. Walter Schneider-Königsberg.

41) **Postumi della blenorragia uretrale sulla prostata rudimentaria della donna,** pel Calderone. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1906.)

Verf. faßt die intra- und extraurethralen sowie die Skeneschen Drüsen der Frau als Prostata rudimente der Frau zusammen. Er studierte die Entzündung dieser Drüsen bei der weiblichen Gonorrhoe an 9 Fällen, meist an exzidierten Stücken. Die Entzündung erstreckte sich auf die Drüsen und ihre nächste Umgebung, griff aber mehrfach auch auf das übrige Gewebe über. So entstanden gefäßreiche Polypen, wie Neuberger sie beschrieben hat, und die Formen der hypertrophischen Folliculitis blennorrhagica praeurethralis Hamonics. Gonokokken wurden in den Drüsen häufig, aber nicht immer gefunden Nervöse Erscheinungen, wie sie beim Manne im Gefolge von Prostatitis häufig auftreten, waren niemals vorhanden. Dreyer-Köln.

42) **Eine neue Harnprobe auf Santonin,** von Neuhaus. (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 12.)

Die Harnprobe wird mit einigen Tropfen Fehlingscher Lösung versetzt. Es tritt eine dunkelgrüne Farbe auf; bei weiterem Zusatz wird der Harn dunkelviolett-rot. Setzt man Essigsäure zu, so tritt eine hellgrüne Farbe auf. Schourp-Danzig.

Syphilis.

43) **Ricersche sulla spirocheta pallida nella sifilide acquisita ed creditaria** per Francesco Radaeli. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1906.)

Verf. berichtet über positive Befunde von Spirochaeta pallida in Schankern und feuchten Papeln, während er sie in anderen Produkten der Sekundärperiode nicht antraf. Bei Blut- und Spermauntersuchungen waren seine Befunde negativ. In Schnitten von Schankern und Papeln fand er sie unter 11 Fällen nur einmal in einem Schanker und zweimal in nässenden Papeln. Seine negativen Resultate will er teils auf die Unvollkommenheit der Methoden, teils auf noch nicht feststellbare Veränderungen der Spirochaeten zurückführen. In 4 Fällen von hereditärer Lues fanden sich die Spirochaeten in einem oder mehreren Organen, am regelmäßigsten in der Leber, dort wie in der Lunge zuweilen auch intrazellulär. Ihre Verteilung und Menge entsprach aber nicht dem Grade der Affektion des Organs. Verf. will diese Tatsachen durch Toxinwirkungen oder auch durch einen kurz vor dem Tode erfolgenden Einbruch von Spirochaeten erklären. Einmal fanden sich auch in der Placenta Spirochaeten.

Dreyer-Köln.

44) **Neuere Arbeiten über die Spirochaeta pallida,** von Hans Hübner. (Dermatologische Zeitschrift. 1906. September.)

Bericht über die im zweiten Halbjahr nach der Entdeckung der Spirochaeta pallida von Oktober 1905 bis April 1906 erschienenen Arbeiten.

Immerwahr-Berlin.

45) **Zur Frühdiagnose des syphilitischen Primäraffektes,** von Danziger. (Berliner klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 42.)

Verf. teilt 5 Fälle der Hautstation des städt. Krankenhauses in Frankfurt a/M. mit, in denen es sich um im Entstehen begriffene klinisch nicht oder noch nicht diagnostizierbare Primäraffekte handelte. und bei denen Spir. pall. gefunden wurde. Nach Ansicht des Verf. wäre es in keinem dieser Fälle ohne den Nachweis von Spirochaeten möglich gewesen, die Diagnose auf Syphilis zu stellen. Als Beweis, daß es sich um Primäraffekte handelte, wird angeführt: 1) das nachträgliche Eintreten der klinischen Charaktere des syphilitischen Primäraffektes, 2) die prompte Heilung auf Hg-Allgemeinbehandlung, 3) das Auftreten von Allgemeinsymptomen (stichhaltig dürfte wohl nur der letzte Grund sein. Ref.). Verf. glaubt aus diesen Fällen die praktische Verwertbarkeit der Entdeckung der Spir. pall. herleiten zu können.

Lengefeld-Brandenburg a./H.

46) **La syphilis,** par Metschnikoff et Roux. (Gaz. des hôpitaux. 1906. Nr. 54.)

Die Verff. berichten der Akademie der Wissenschaften in Paris über folgende Versuche: 14 Schimpansen wurden mit menschlicher Lues inokuliert; bei einigen derselben wurde unmittelbar darauf die geimpfte Stelle mit einer Kalomel-Lanolinsalbe 10/40 5 Minuten lang eingerieben, bei anderen wurde diese Einreibung einige Stunden später vorgenommen, eine dritte Reihe blieb unbehandelt. Das Resultat war, daß nur die Affen Lues bekamen, die frühestens 24 Stunden nach der Inokulation eingerieben waren. Auf Grund dieser Erfahrungen wurde ein Student, der sich zu dem Experiment anbot, am Präputium mit Virus von einem induzierten Schanker geimpft, 1 Stunde später mit obiger Salbe 5 Minuten lang eingerieben. Nach 96 Tagen waren noch keine Erscheinungen von Lues aufgetreten. Affen, die mit demselben Virus geimpft, aber nicht eingerieben waren, bekamen typische Lues; Affen, die ebenfalls geimpft und eingerieben waren, blieben verschont. (Nach neueren Nachrichten soll der betreffenden Student inzwischen Erscheinungen von konstitutioneller Lues bekommen haben! Ref.)

Paul Cohn-Berlin.

47) **Bemerkungen zu dem Vortrag von E. Metschnikoff (Paris) in Nr. 15**

der **Medizin. Klinik: Über Syphilisprophylaxe,** von Karl Gerson. (Medizin. Klinik. 1906. Nr. 18.)

Eine wässerige Sublimatlösung kann wegen der durch die Talgdrüsensekretion entstandenen Fettschicht nicht in die Haut der Genitalien eindringen. Die Entscheidung über die Wirksamkeit der Metschnikoffschen Hg-Salbeneinreibung post coitum läßt sich nur an menschlichem Versuchsmaterial oder jahrelangen Erfahrungen herbeiführen. Verf. schlägt noch eine prophylaktische Hg-Salbeneinreibung ante coitum vor. F. Biberstein-Gleiwitz.

48) **Le alterazioni sifilitiche della placenta,** per Stanziale. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1906.)

Eine Untersuchung an 13 Placenten syphilitischer Früchte ergab im Amnion keine Veränderungen bis auf eine Hyperplasie und Proliferation des Epithels, die sich nicht auf Syphilis beziehen lassen. Das Chorion war verdickt und zeigte eine meist diffuse Leukozyteninfiltration. An den großen Gefäßen sind alle Schichten von Leukozyten durchsetzt, besonders die Intima, letztere ist zuweilen auch verdickt. An den kleinen Gefäßen ist die Intima teilweise bis zum Gefäßschluß verdickt. In mittleren Gefäßen ist das Infiltrat in der Adventitia teilweise diffus, tritt aber auch herdweise auf. Das Chorionepithel ist streckenweise außerordentlich gewuchert, später bildet es sich in eine hyaline Masse vom Centrum aus um. Die großen Zotten zeigen eine meist diffuse, seltener mehr umschriebene Infiltration. Ihre Gefäße zeigen ähnliche Veränderungen wie im Chorion. In späteren Stadien wird das junge Bindegewebe in fibröses umgewandelt. Das Syncitium sieht bis auf gelegentliche hyaline Degeneration normal aus. Zwischen den Zotten finden sich häufig nekrotische Zonen, die indes nicht die Struktur der Gummen haben. Die Decidua zeigt außer einer diffusen Infiltration nichts, was auf Syphilis hinweist. Dreyer-Köln.

49) **The length of the primary incubation stage of syphilis,** by A. Post. (Journ. of cut. dis. 1906. Nr. 8.)

Bei der Feststellung des Infektionstermins eines Ulcus durum begegnet der Arzt mancherlei Schwierigkeiten. Einmal läßt das Gedächtnis die Patienten vielfach im Stich. Zweitens verschleiern Mischinfektionen das reine Krankheitsbild. Nach Hunter schwankt das Auftreten der ersten Symptome zwischen 24 Stunden und einem bis mehr Monaten nach der Infektion. Dieser extremen Annahme stehen die verschiedensten Ansichten gegenüber. Taylor (1900) vertritt ein Minimum von 10 und ein Maximum von 70 Tagen. Hutchinson sieht in einer Zeit von 5 Wochen die durchschnittliche Inkubationsperiode. Nach Alfred Fournier schwankt sie zwischen 15 und 42 Tagen; für ihn sind die Fälle des Irrtums verdächtig, bei denen die Inkubation nur ein paar Tage oder einen Tag dauerte, oder länger anhielt als 3—4 Monate. Aus der Literatur ergaben sich für den Verf. 15 brauchbare Fälle experimenteller Inokulation. Die Grenze der Inkubation beträgt nach diesen 15 und 35 Tage. Außer diesen experimentellen Inokulationen sind zahlreiche zufällige Infektionen bekannt, die durch Impfen, Tättowieren oder durch Zirkumzision herbeigeführt worden sind. Die Inokulation der anthropoiden Affen hat neue Perspektiven gebracht. Nach Metschnikoff und Roux beträgt hier die Inkubationsdauer 22—37 Tage, niemals darunter. Lassars erste Inokulation zeigte Spuren einer Reaktion nach 14 Tagen. Neisser impfte einen Chimpansen am 17. Juni; die Inkubation dauerte bis zum 30. Juni. Es zeigt sich demnach große Übereinstimmung mit den am

Menschen gewonnenen Daten. Bei keinem einzigen Experiment an Menschen und Affen erstreckte sich die Inkubation über den 47. Tag. Längere Termine beruhen alle auf klinischer Beobachtung. Solger-Rostock.

50) **Ein Beitrag zur Serumbehandlung der Syphilis,** von Engel. (Berliner klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 42.)

Verf. hat 3 Patienten mit Menschenblut-Kaninchenserum behandelt. Ob Heilung eintrat, läßt er dahingestellt. Es ergab sich jedoch, daß eine Reaktion mit dem spezifischen Serum eintrat, die mit dem sogen. Serumfieber nicht zu verwechseln war und bei Benutzung von normalem Kaninchenserum nicht zu beobachten war. Die biochemischen Reaktionen bewiesen ferner, daß das Blut kranker Menschen nicht dieselben Antikörper bildet wie das gesunder. Drittens stellte sich die absolute Unschädlichkeit des Behandlungsmodus, der im Original näher nachzuweisen ist, heraus. Lengefeld-Brandenburg a./H.

51) **Erythema exsudativum multiforme und nodosum der Schleimhaut in ihren Beziehungen zur Syphilis,** von G. Trautmann. (Münchener med. Wochenschrift. 1906. Nr. 43.)

Die in Rede stehenden Krankheitsformen werden auf der Schleimhaut der Mundhöhle und der oberen Luftwege modifiziert und haben klinisch vielfach Ähnlichkeit mit syphilitischen Prozessen. Die Stellung der Diagnose Syphilis kann eine Stütze finden in einem vorhergegangen, koexistierenden oder nachfolgenden Exanthem, das seinerseits ebenfalls Lues vortäuscht. Besonders kommen hierbei in Betracht die papulösen Formen des Erythema exsudativum multiforme und das Erythema nodosum, letzteres vor allem dann, wenn es gummiähnlich über der Tibia lokalisiert ist. Ergibt die Anamnese eine frühere syphilitische Infektion, so erscheint hiermit eine weitere Unterlage für dle Annahme einer vorhandenen Lues. Bei gleichzeitig am gleichen Patienten bestehenden manifesten Syphiliserscheinungen und Erythemen, oder auch bei späterem Auftreten dieser nach den ersteren, betrachten viele Autoren die Erytheme selbt als Syphilisprodukte. Man hat sogar im sogen. Erythema nodosum syphiliticum einen intermediären Typus zwischen syphilitischen Sekundär- und Tertiärerscheinungen aufgestellt. Man mußte solche als symptomatische Erytheme der Lues betrachten, analog denjenigen, die als Ausdruck verschiedener anderer Infektionskrankheiten vorkommen. Es gibt aber noch toxische autotoxische, endogen und exogen medikamentöse, sowie idiopathische Erytheme. Nach vielen Erkrankungen, insbesondere infektiösen, treten aber Erscheinungen auf, die nach O. Rosenbach mit der Grundkrankheit nicht identisch sind, sondern nur eine sekundäre Reaktion darstellen. Auch muß anerkannt werden, daß von einer Erkrankung heimgesuchter Körper allgemein oder lokal einen locus minoris resistentiae oder eine Disposition für die Akquirierung einer neuen andersartigen Krankheit abgibt. Bekannt ist nach dieser Richtung der Herpès récidivant-Fournier, der nach diesem Autor in 96 % der Luesfälle mit immerwährenden Rezidiven auftritt. Die infolge Blasensprung entstandenen und belegten Erosionen, die auf der Schleimhaut durch Sekundärwirkung von Bakterien auch geschwürig werden können, imponieren leicht als weitere luetische Prozesse, so daß ohne Grund und Nutzen vielfach eine spezifische Behandlung der anderen folgt. Eine solche Stellung ist sehr häufig auch den Erythemen einzuräumen. Die Diagnose Lues ist bei früher spezifisch Infizierten bei Vorhandensein solcher sehr abzuwägen. Diese Erörterungen werden an 6 Krankengeschichten illustriert, die im Original gelesen werden müssen. Autoreferat.

52) **Traitement local des gommes syphilitiques par les injections d'iodure de potassium,** par Boisseau. (Gaz. des hôpitaux. 1906. Nr. 97.)

Die lokalen Injektionen von Jodkali sollen besonders indiziert sein bei vereinzelten Herden tertiärer Natur und folgende Vorteile bieten: Notwendigkeit einer verhältnismäßig geringen Dosis des Medikaments, Beeinflussung nur der erkrankten Teile, schnelle Wirkung, keine Intoxikationserscheinungen selbst bei Individuen, die sonst für orale Einverleibung intolerant sind. Besonders indiziert ist die Methode, wenn Hydrargyrum wegen mangelnder Ausscheidungsfähigkeit der Nieren kontraindiziert ist, sonst kann man letzteres Medikament gleichzeitig anwenden. Auch als diagnostisches Mittel dürfte die Anwendungsweise wertvoll sein.

Paul Cohn-Berlin.

53) **Syphilis de l'estomac,** par Morgan. (Gaz. des hôpitaux. 1906. Nr. 107.)

Ein Pat. erkrankte unter schweren gastrischen Symptomen, und da sich ein Tumor in der Magengegend nachweisen ließ, so wurde ein Magenkarzinom diagnostiziert. Auf Grund einiger auffälliger Momente jedoch hatte Verf. Verdacht auf Lues, und in der Tat führten große Dosen von Jod schnell völlige Heilung herbei. Wahrscheinlich infolge mangelhafter Beobachtung sind die Fälle von Magenlues in der Literatur selten, ungefähr in 1,25 $^0/_0$ aller Fälle an Lues sind organische Erkrankungen des Magens vorhanden. Sichere klinische Symptome gibt es nicht, gewöhnlich ist das Bild der chronischen Gastritis, oder des Ulcus oder der Stenose vorhanden; der Erfolg der Therapie entscheidet die Diagnose.

Paul Cohn-Berlin.

54) **Pathogénie des Pigmentations du cou dans la syphilis,** par Gaucher. (Gaz. des hôpitaux. 1906. Nr. 64.)

Unter den französischen Autoren nimmt Verf. in dieser Frage eine Ausnahmestelle ein, indem er entsprechend den Anschauungen der deutschen Schule das Leukoderma syphiliticum als Folgezustand einer lokalen spezifischen Eruption, eine Mischung von Leukodermie und Melanodermie, in welcher die weißen Partien die Überbleibsel der eruptiven Elemente bilden, ansieht, während die französische Schule die Pigmentationen für primäre Läsionen der Haut hält, bei welchen spezifische Manifestationen nicht vorhergegangen zu sein brauchen. Verf. unterscheidet einfache Pigmentation, ohne benachbarte Dekoloration; ferner Leukomelanodermie peri-et postpapuleuse, Mischung von Hyper- und Hypopigmentation, als Folge von spezifischen Papeln der Cervikalregion. Merkwürdig ist, daß diese spezifischen Elemente gewöhnlich nur an diesen, nicht an anderen Körperregionen derartige Pigmentanomalien hervorbringen.

Paul Cohn-Berlin.

55) **Du chancre de l'amygdale,** par Louis Batut. (Journ. des maladies cutan. et syphil. 1906. Mai.)

Trotz der Vervollkommnung der bakteriologischen und klinischen Untersuchungsmethoden ist die Diagnose des Primäraffektes an den Tonsillen noch immer enorm schwierig. Man kann ihn verwechseln mit der Diphtherie, den sekundären luetischen Erscheinungen, oft sogar mit oberflächlichen Gummen, seltner mit ulzerierten malignen Tumoren, fast immer aber mit der chankriformen Mandelentzündung (Plaut-Vincent), die stark in den Krankenhäusern verbreitet ist. Zur Diagnose des typischen Falles von Primäraffekt an der Mandel gehört die Lokalisation auf der einen Seite, die starke aus einzelnen großen, indolenten Drüsen bestehende retromaxilläre Schwellung, die anhaltenden und äußerst heftigen Schlingbeschwerden, die Erfolglosigkeit der Therapie (Jodtinktur + Wasserstoffsuperoxydlösung, Sekundär- und Allgemeinerschei-

nungen). Merkwürdigerweise ist der Primäraffekt der Mandeln häufiger als der der Lippen und tritt anfänglich unter den Symptomen einer schmerzhaften Angina auf. Alle Erscheinungen des entwickelten Schankers schwanden prompt unter spezifischer Behandlung. Im Gegensatze zu anderen Autoren stellt Verf. die Prognose für die Schwere des Syphilisverlaufes nach Mandelschankern nicht ungünstig. Es folgen im Originale die Schilderungen von 7 Fällen.

Paul Oppler-Breslau.

56) **Sur un cas d'intolérance idiosyncrasique à l'égard du salicyl arsinat de mercure,** par H. Hallopeau. (Journ. des maladies cutan. et syphil. 1906. April.)

Verf. berichtet über einen zum Tode führenden Fall von Hg-Idiosyncrasie. Die 42jährige Frau hatte eine Injektionskur von 15 Injektionen Enesol zu 2 ccm durchgemacht und ging unter allgemeinen Intoxikationserscheinungen: Schwellung und Rötung der gesamten Körperhaut, Stomatitis, Diarrhöen usw., zugrunde.

Paul Oppler-Breslau.

57) **Un cas de syphilis héréditaire tardive du foie. Revue critique des observations antérieures,** par E. Devie et J. Froment. (Annales de dermatologie et de Syphiligraphie. 1906. Februar.)

Klinische und anatomische Beschreibung des einen 16jährigen Knaben betreffenden Falles; kritische Sichtung der bisher beschriebenen Fälle von tardiver hereditärer Leberlues. Als therapeutische Nutzanwendung die naheliegende Möglichkeit, eine Leberlues im jugendlichen Alter mit schleichend verlaufender Abdominaltuberkulose zu verwechseln und der oft eklatante Erfolg der antiluetischen Medikation.

Amende-Bamberg.

58) **Papillomi uretrali da sifilide da tubercolosi e da neurotrofismo,** pel Adolfo Galimberti. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1906. Nr. 4.)

Verf. beschreibt 3 Papillome der Harnröhre bei Syphilis, bei Tuberkulose und auf neuropathischer Grundlage, übrigens ebenfalls bei einem Syphilitiker. Die Unterschiede, welche Verf. hervorhebt, Weichheit der Geschwulst bei dem Tuberkulösen, Neigung zu Blutungen bei letzterem, sowie auch größere Neigung zu Rezidiven, erscheinen künstlich und müssen, soweit solche Verschiedenheiten vorkommen, wohl mehr als abhängig vom Terrain wie als Wesensunterschiede aufgefaßt werden.

Dreyer-Köln.

59) **Contribuzione all'etiologia del sifiloma endouretrale,** pel Publio Sensini. (Giorn. ital. delle mal ven. e della pelle. 1906. Nr. 4.)

Verf. sah in 2 Monaten 5 Männer mit Sklerosen der Harnröhre, deren Diagnose auf den klinischen Erscheinungen (ohne Endoskopie) basierte und durch das Eintreten von Sekundärerscheinungen bestätigt wurde. Alle fünf hatten mit derselben Prostituierten innerhalb der Inkubationszeit geschlechtlich verkehrt Diese Prostituierte litt an Syphilis: Während aber ihre äußeren Genitalien frei von Erscheinungen waren, fand sich an der oberen Lippe der Portio, etwa $^1/_2$ cm vom Muttermund entfernt, eine halbmondförmige Erosion mit weißlichem Grund und stark geröteten unregelmäßigen Rändern. Es war schwer zu entscheiden, ob der Primäraffekt selbst oder, was nach dem Stadium der Erscheinungen wahrscheinlicher war, eine sekundäre Papel vorlag. Verf. erklärt aus der Lage dieser Papel das Hereindringen des Virus in das Orifizium externum urethrae beim Coitus, zumal da eine Saugwirkung des etwas geöffneten Orifiziums anzunehmen ist. Dabei soll durch die Drüsen der Harnröhre das Eindringen der Syphilismikroben und ihre Fixation gefördert werden.

Dreyer-Köln.

60) **Autolisine, isolisine ed ambocettore specifico nella sifilide,** pel Fontana e Pollio. (Giorn. ital. delle mal, ven. e della pelle. 1906. Nr. 4.)

Unter 20 frisch syphilitisch Erkrankten wurden nur einmal bei einem Patienten mit einem diffusen papulösen Infiltrat Autolysine und Isolysine gefunden. Dagegen schienen Ambozeptoren im syphilitischen Gewebe vorhanden zu sein. Bei Nachprüfung mit dem Gewebe spitzer Kondylome und mit ganz gesundem Gewebe zeigte sich indes, daß die Reaktion nicht spezifisch war.

Dreyer-Köln.

Krankheiten des Urogenitalapparates.

61) **Harnröhrensteine bei Kindern,** von Dupont. (Annales d. malad. d. org. génit.-urin. 1906. Nr. 7.)

Die Jungen waren 12 bzw. 13 Jahre alt. Bei beiden waren Nierenkoliken lange Zeit voraufgegangen. Der Eintritt des Steins in die Harnröhre bewirkte bei dem einen anhaltende vollständige Harnverhaltung, bei dem andern nichts weiter als Verlangsamung des Strahls. Die Steine saßen in der Fossa navicularis fest und wurden nach Spaltung des Orificium urethrae extrahiert; es waren Oxalatkalksteine von 1:2 bzw. $1:1^1/_2$ cm. Während die Steinkrankheit der Erwachsenen zu den Vorrechten der Reichen gehört, sind die Kinder, welche Harnsteine haben, meist aus den ärmsten Klassen. Vielleicht spielt hierbei die Ernährung eine Rolle.

Goldberg-Köln/Wildungen.

62) **Ein Fall von Zertrümmerung eines Fremdkörpers in der Blase,** von S. Grosglik. (Monatsber. f. Urologie. XI. Nr. 10.)

Verf. zertrümmerte mit Hilfe des Lithotripters das abgebrochene, bereits inkrustierte Stück eines Nélatonkatheters in der Blase eines Patienten, der sich selbst wegen einer Striktur katheterisiert hatte und aspirierte hierauf die Fragmente. Die Striktur mußte vorher intern urethrotomiert werden.

Walter Schneider-Königsberg.

63) **Über die Resultate der chirurgischen Behandlung der Blasentumoren,** von Treplin. (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 29.)

Bericht über 45 von Dr. Kümmel-Hamburg/Eppendorf operierte Fälle von Blasengeschwülsten. Es erscheint gerechtfertigt, bei jedem diagnostizierten Tumor, auch wenn er er bösartig und bereits weiter fortgeschritten ist, operativ einzugreifen, denn einmal ist auch bei malignen Tumoren die Hoffnung auf Dauerheilung vorhanden, andererseits kann den schwer leidenden und sicher verlorenen Patienten doch in fast allen Fällen eine Erleichterung geschaffen werden.

Schourp-Danzig.

III. Therapeutische Notizen.

Lichenifiziertes Ekzem:

1) Rez. Ol. Cadini pur. 10,0
Zinci oxyd. 20,0
Vasel. flav. 30,0
Sulf. praec.
Camphor. pulv. ana 2,0

(La Clinique. 1906. Nr. 20.)

J.

Lues:

	Rez.	Sublamin		0,85
		Aq. dest.	ad	85,0
2)		Coque, refrigera adde		
		Novocain Höchst		0,5

D. i. vitro fusco auspl.
Zur intramuskulären Injektion.
(Theod. Mayer, Dermatolog. Zeitschrift. 1906.)

J.

Pasta Resorcini comp.:

	Rez.	Resorcini		
		Ichthyoli	ana	5,0
3)		Acid. salicyl.		3,0
		Talci praep.		10,0
		Vaselini flavi	ad	100,0

(Unna, Med. Klinik. 1906. Nr. 40.)

J.

IV. Vereinsberichte.

Berliner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 13. November 1906.

Hoffmann demonstriert 1) einen Affen (Cervocebus buliginosus), bei dem 11 Tage nach Inokulation von Syphilisvirus am Arcus superciliaris ein Primäraffekt, dann bald Papeln und serpiginöse Infiltrate auftraten, wovon jetzt noch Reste zu sehen sind;

2) Reproduktionen von Spirochäten aus nässenden Papeln, Venen, einer Lymphdrüse und den Nebennieren eines Patienten, der, seit 6 Monaten luetisch, an Tuberkulose gestorben war;

3) Mikrophotogramme von Spirochaete pallida aus der Randzone eines gummösen Infiltrates;

4) mikroskopische Präparate von Spirochaete pallida aus einem frischen Primäraffekt.

Brüning zeigt einen Patienten mit Echinococcus der Harnorgane; die Symptome des Leidens machten sich seit 4 Jahren bemerkbar und bestanden in starken Schmerzen, Entleerung von trübem Urin mit Echinokokkenblasen. Es handelt sich jedenfalls um einen Durchbruch ins Nierenbecken von der Niere oder der Leber aus. Für die Diagnose kann die Röntgen-Untersuchung wichtig sein, da die Echinococcusblase nicht durchlässig für die Strahlen ist. Im Urin soll sich nach Salkowski Bernsteinsäure finden. Eine operative Therapie ist nicht indiziert, solange sich die Blasen entleeren und keine eitrige Umwandlung stattfindet.

In der Diskussion berichtet Manasse über einen analogen Fall, der wegen Vereiterung operiert wurde; Holländer empfiehlt frühzeitige Drainage des befallenen Organes, das auf diese Weise eventuell erhalten werden kann.

Held demonstriert einen Patienten mit Lupus follicularis des Gesichtes.

Jacobsohn stellte einen Patienten aus der Blaschkoschen Poliklinik mit einer Hautaffektion der unteren Extremitäten vor, die er als Sklerodermie bezeichnet; bemerkenswert ist die symmetrische Anordnung und die obere Begrenzung durch eine Linie, die dem Übergang des letzten Dorsal-

segmentes in das erste Lumbalsegment des Rückenmarkes entspricht. Man sieht gleichzeitig das erythematöse, das sklerodermische und das atrophische Stadium; allerdings überwiegen trotz des jahrelangen Bestehens die Symptome des ersten die Blutstauung, der angiopathologische Prozeß.

In der Diskussion sprechen sich mehrere Redner für das Vorliegen einer idiopathischen Hautatrophie, bzw. von Erythromelie aus.

Dreyer zeigt eine Patientin mit einer am rechten Arm lokalisierten Dermatitis bullosa, wahrscheinlich artefizieller Natur.

Hollstein demonstrirt einen ähnlichen Fall mit Lokalisation an der rechten Wange; die Affektion ist mehrfach rezidiviert; da die Patientin stark hypästhetische Zonen aufweist, ist es zweifelhaft, ob es sich um eine Trophoneurose oder um Hysterie handelt. Paul Cohn-Berlin.

Breslauer dermatologische Vereinigung.

Sitzung vom 2. November 1906.

Nachdem Harttung einen Fall wiederum vorgestellt, den er schon früher einmal (am 21. Dezember 1902) als toxisches Erythem(?) bei einem Luetiker gezeigt, und der jetzt wiederum Ödeme, Schwellungen und lange bestehende Knoten unter der Haut mit darüber lokalisierten roten Flecken bzw. kleinen Papelchen aufweist, sowie eine Kieferklemme auf syphilitischer Basis (8 Jahre alte Syphilis, bisher unbehandelt; im Vorjahre Gumma der Stirn mit Exostose. Entwickelung der Kieferentzündung innerhalb von 4 Monaten. Im Röntgen-Bilde keine Gummen, sondern Synovialerkrankung nachweisbar, auf Behandlung deutliche Besserung) demonstriert hat, gibt

Neisser, der sich vor seiner diesjährigen Ausreise nach Java verabschiedet, einen Überblick über die bisher erreichten und die zu erwartenden Resultate seiner Untersuchungen. Seine Ausführungen, die zum größten Teile vom Berner Kongresse bekannt sind, gipfeln in der Feststellung, daß das Tierexperiment für die Diagnose und Therapie der menschlichen Syphilis bisher schwerwiegende Resultate nicht gebracht hat, daß uns aber die Untersuchungen der Antigene und Antikörper in aussichtsreicher Weise gefördert haben, und daß auf diesem Wege noch wichtige Ergebnisse zu erwarten sind.

Schaeffer demonstriert hierauf einen Fall von Xanthoma planum et tuberosum multiplex. Die Affektion entwickelte sich langsam innerhalb von 6 Jahren, da aber die Tumorenbildung nunmehr an den Knien, Ellenbogen und besonders auch an den Fingern so hochgradig geworden ist, daß daraus Störungen resultieren, wünscht der Patient Abhilfe. Der kräftige Mann ist im übrigen vollständig gesund, von Diabetes ist nichts nachweisbar. Vortr. ist überhaupt der Ansicht, daß es sich bei dieser seltenen Krankheit nicht um eine Stoffwechselanomalie handelt, sondern um Tumoren, die sich ähnlich wie gewisse Naevi spontan zurückbilden können. Für die Therapie käme Röntgen-Behandlung und Exzision in Betracht.

Nunmehr berichtet Schucht über die Erzeugung von Impfsyphilis im Kaninchenauge. Er hat bei 26 Kaninchen 51 Augen geimpft und in jedem Falle ein positives Resultat erzielt. Die Technik bestand in Stichelung der Cornea mit Einreiben des infektiösen Materiales, Taschenbildung in der Corna, Eröffnung der vorderen Kammer ohne Verletzung der Iris, desgleichen

mit Verletzung der Iris, Einstich durch den Glaskörper und endlich Injektion in die vordere Kammer mit der Pravazschen Spritze. Erzielt wurden die beiden klinisch wohl charakterisierenden Formen der Iritis condylomatosa (mit einer Inkubation von 11—23 Tagen) und der Keratitis parenchymatosa (mit einer Inkubation von 19—43 Tagen). Die Schwierigkeiten des Spirochätennachweises, über die sich andere Autoren übereinstimmend äußern, wurden dadurch behoben, daß Flachschnitte angelegt wurden, in denen sich die Spirochäten leicht und massenhaft durch Färbung nachweisen ließen (Demonstration sehr schöner Präparate). Die Versuche, die Syphilis des Kaninchenauges auf Affen zu übertragen, waren 2mal erfolglos, bei einem dritten zeigte sich nach einer Inkubation von 20 Tagen eine Affektion, die man mit Sicherheit als Primäraffekt nicht deuten konnte. Vielleicht handelt es sich also um eine abgeschwächte Syphilis.

Es folgt die Demonstration erkrankter Kaninchenaugen, ferner durch Neisser eine Vorführung verschiedener Spirochätenbilder im Skioptikon.

Es stellen ferner vor:

Schucht: a) Acne varioliformis: Beginn auf der Nase vor 8 Jahren, allmähliche Ausbreitung auf die Stirn und den behaarten Kopf.

b) Elephantiasis gummosa des Beines bei einer noch nicht behandelten Syphilis. Durch die nunmehr eingeleitete spezifische Therapie schnelle Besserung.

c) Leukoderma syphiliticum, als einziges Zeichen einer bestehenden Erkrankung.

Zieler: a) Pseudoxanthoma elasticum des Gesichtes;

b) Fall zur Diagnose. Nach ekzematösen Erscheinungen Aphthen im Munde, dann Auftreten einer merkwürdigen blaugrauen Pigmentierung mit Hyperkeratose an den Unterarmen der Stirn und dem Kinn. An den inneren Organen nichts nachweisbar;

c) Ichthyosis congenita, bei der nach Teerbehandlung eine universelle Dermatitis mit nachfolgender Pigmentierung auftrat.

Perls: Pemphigus subacutus mit Neigung zu vegetierenden Formen.

Hahn: Serpiginöses Syphilid? Der Patient hat sich angeblich vor 9 Jahren luetisch infiziert; damals soll eine Schmierkur versucht worden sein, bald aber sistiert, da sich eine Hautentzündung mit Blasenbildung einstellte. Seitdem sind an dem linken Arme fortwährend Blasen entstanden, die zerfallen und spontan abheilen. Man sieht an diesem Arme außer einigen Narbensträngen eine abgeheilte Affektion, die einem serpiginösen Syphilid ähnelt. (Ref. ist der Ansicht, daß es sich eher um einen Fall von spontaner Ulzeration auf nervöser [oder artefiziell, auf hysterischer] Basis handelt.)

Wolfheim: Tertiäre Syphilis (Infiltrationen mit geschwürigem Zerfall auf der Stirn) ohne Anamnese.

Bartsch: Tuberkulose der Stirnhaut. Mehrfach nach Hollaender behandelt und dem Aussehen nach vollständig geheilt. Trotzdem auf Tuberkulin lokale Reaktion.

Hahn: Tuberkulose der Gesichtshaut. An der Nase und den Wangen in Schmetterlingsform verteilte Knötchen und Pustelchen, die durchaus das Bild einer banalen Acne darbieten. Diagnose: durch Glasdruck und mikroskopisch. Riesenzellen und verkäste Tuberkeln. Paul Oppler-Breslau.

Moskauer venereologische und dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 11. Mai 1906.

1) Sokolow demonstriert eine 55jährige Kranke, die $3^1/_2$ Jahre an Epithelioma nasi litt und von ihm mit Radiumbromid (10 mg bei 5minutiger bis 2stündiger Sitzungsdauer) behandelt wurde. Nach 12 Sitzungen (Gesamtdauer der Radiumtherapie 5 Stunden 18 Minuten) ist die Kranke geheilt und statt der 2 cm breiten Ulzeration ist eine schöne Narbe bemerkbar.

Diskussion: Bogrow bemerkt, daß im vorgetragenen Falle, wie überhaupt bei der Anwendung der jeweiligen Strahlengattung eine exklusive exzitierende Wirkung auf Salkowskys autolytisches Ferment angenommen werden kann, womit die mehrmals beobachtete Auflösung der Zellen (Vakuolisation) gut erklärt wird.

2) Britschew stellt ein 10jähriges Mädchen mit Lupus vulgaris der Nase, des Ellbogens, der Nates und des rechten Fußes vor, bei der Kompressen aus 1—3%iger Lösung und Aufstreuen von Kalium hypermanganicum per se angewandt wurden. Die Infiltration wurde flacher, ulzerierte, überhäutete sich nach 2 Wochen und bietet jetzt eine feine Narbe dar.

3) Britschew demonstriert eine 31jähr. Kranke mit Cicatrices faciei post variolam. Pocken wurden vor 6 Monaten überstanden. Die Behandlung bestand aus subkutanen Injektionen von 10%iger Thiosinaminlösung und Hautmassage nach Pospelows System, die einen guten Erfolg hatten.

4) Mestscherski teilt die pathologisch-anatomischen Ergebnisse in seinem früher veröffentlichten (Dermatolog. Centralblatt. IX. S. 255) Falle von Akrodermatitis suppurativa (Hallopeau) mit. Es handelt sich hier um interepidermoidale Abszeßbildung ohne Zusammenhang mit den Ausführungsgängen der Knäueldrüsen (Serienschnitte). Eine Entzündung konnte auch in den Papillen nachgewiesen werden. Wegen der Abwesenheit irgendwelcher Mikroorganismen hält Vortr. die Krankheit für eine toxische Dermoepidermitis.

Sitzung vom 19. Oktober 1906.

1) Mestscherski stellt ein 13jähriges Mädchen vor, bei welcher seit 6 Wochen nach Erkältung eine Sklerodermie en plaques sich entwickelt hatte. Auf den befallenen Teilen ist eine taktile, sensible und Wärmehyperästhesie nachweisbar. Hauttemperatur um 1° C. höher. Außer den sklerosierten Plaques befinden sich auf der linken Scapula punktförmige perifollikuläre Einsenkungen, deren Natur aufzuklären der Vortr. zum Gegenstand weiterer Untersuchungen nehmen wird. Allgemeinbefinden normal.

2) Bogrow demonstriert zwei Schwestern mit Perlèche Gingivitis und Ekzema chronicum recidivum, bei denen die Ursache des Lippenleidens augenscheinlich in einer Infektion auf Grund der Atonia intestinorum und Anaemia liegen sollte, da eine örtliche Therapie (10%ige Teerlanolinsalbe) nur bei Allgemeinbehandlung (Extr. cascarae, Hämatogen, alkalisches Mineralwasser) einen guten Erfolg hatte.

Diskussion: Pospelow teilt mit, daß er auch gleichzeitige Perlèche bei Geschwistern, die an Ekzema und gastrointestinalem Katarrh litten, beobachtete. Er hält eine Disposition für Entstehung des Perlèche für unentbehrlich.

3) Bogrow: Über Quecksilberelimination nach subkutanen Injektionen von Enésol (Salicylarsenatum Hydrargyri). Die Aus-

scheidung bekommt schon in der ersten Hälfte des Injektionstages den Anfang und konnte in einem Falle noch 4 Tage nach dem Aufhören der Injektionen verfolgt werden.

4) Bogrow stellt eine 15jähr. Kranke mit angeborener Elephantiasis arabum der rechten unteren Ertremität und der äußeren Geschlechtsorgane vor.

5) Tschlenow teilt die ersten (in Moskau) Versuche mit Syphilisimpfung mit, die von ihm und Gabritschewski im Moskauer bakteriolog. Universitätsinstitute an Pavianen (Sphynxbabuinen) angestellt wurden. In einem Kontrollversuche wurden Ulcera indurata mit Drüsenschwellung, aber ohne Allgemeinerscheinungen erzielt. An zwei anderen Affen sollte der Einfluß der chronischen Alkoholisation und der Hyperthermie aufgeklärt werden: der eine Pavian bekam täglich Schnaps (bis 1 Liter in Summa), der andere wurde vor dem Versuche im Brutofen aufgehalten bis die Körpertemperatur die Höhe von 40° C. erreichte. In allen 3 Fällen, die mit Condyloma latum inokuliert wurden, erschienen aber die Ulcera indurata fast zur gleichen Zeit, mit Drüsenschwellung, doch keine Hauteruption konnte nachgewiesen werden. Der überwärmte Affe starb bald unter Marasmuserscheinungen. Eine histologische Untersuchung der bei Autopsie gefundenen Lebertumoren ist noch nicht beendigt. Ein Versuch der Impfung mit dem Material eines tuberkulösen Hautsyphilids und zwei mit dem des Blutes der V. mediana bei Roseola fielen negativ aus.

Diskussion: Pospelow bemerkt, daß bei den Affen, die er im Institut Pasteur gesehen hatte, primäre Erscheinungen nach der Impfung gerade dieselben waren, wie auch in Versuchen von Gabritschewski und Tschlenow. Er möchte nur die Abwesenheit der Spirochäten in den Drüsenschwellungen, wie Gabritschewski selbst mitteilte, betonen. Bogrow-Moskau.

V. Vermischtes.

— Der VI. internation. Dermatologenkongreß findet vom 9.—14. September 1907 in New York (17 West 43 Street) statt. Die vom Organisationskomitee aufgestellten Themata lauten: 1) Die ätiologische Bedeutung der bei den Exanthemen in der Haut gefundenen Organismen. 2) Tropische Hauterkrankungen. 3) Die Möglichkeit einer Immunisierung gegen Lues. 4) Der gegenwärtige Stand unserer Kenntnisse über die Parasitologie der Lues. J.

VI. Personalien.

— Privatdozent Dr. Krzysztalowicz in Krakau wurde zum a. o. Professor ernannt.

— Die neu errichtete Oberarzt-Stelle an der Abteilung und dem Ambulatorium für Haut- und Geschlechtskrankheiten bei der medizinischen Klinik der Universität Erlangen wurde dem Privatdozenten für Haut- und Geschlechtskrankheiten Dr. Leonhard Hauck übertragen.

Um Einsendung von Separatabzügen und neuen Erscheinungen an den Herausgeber Dr. Max Joseph in Berlin W., Genthiner Strasse 5, wird gebeten.

Verlag von Veit & Comp. in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

DERMATOLOGISCHES CENTRALBLATT.

INTERNATIONALE RUNDSCHAU

AUF DEM GEBIETE DER HAUT- UND GESCHLECHTSKRANKHEITEN.

HERAUSGEGEBEN

VON

DR. MAX JOSEPH

IN BERLIN.

Zehnter Jahrgang.

Monatlich erscheint eine Nummer. Preis des Jahrganges 12 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie direkt von der Verlagsbuchhandlung Veit & Comp. in Leipzig.

1907. Januar. Nr. 4.

I. Originalmitteilungen.

1. Nachtrag zu dem Aufsatz: Über Arsenzoster.

Von Prof. Dr. **B. Solger** in Neiße.

Von autorativer Seite wurde gegen den von mir in diesem Centralblatte (X, Nr. 1) gemachten Versuch, die Gefäße des Epineurium und besonders die des Endoneurium für das Zustandekommen des Herpes zoster im allgemeinen und des Arsenzoster im speziellen in erster Linie verantwortlich zu machen, brieflich der Einwand erhoben, es lasse sich kein triftiger Grund für die primäre Schädigung gerade dieser Kategorie von Gefäßen absehen, da ja alle übrigen Blutgefäße derselben Noxe ausgesetzt seien. Ich möchte daher im Folgenden zur Stütze und, wie ich gern zugebe, zum weiteren Ausbau meiner Hypothese noch einmal das Wort ergreifen.

Wir tragen kein Bedenken, für die Erklärung der Tatsache, daß bestimmte Individuen für ein Virus größere Empfänglichkeit zeigen, als andere, unsere Zuflucht zur Annahme einer größeren oder geringeren Disposition zu nehmen. Die Erfahrung lehrt ferner, daß bei Herpes zoster nur einzelne wenige Nervenbahnen eines Individuums affiziert sind. Wes-

halb der Krankheitsprozeß sich in dieser Weise lokalisiert, wissen wir nicht, wir müssen also einstweilen zu der Hypothese greifen, daß der einen oder anderen der Komponenten, die an dem Aufbau des peripheren Nerven sich beteiligen, entweder von Hause aus eine bestimmte Abweichung von der normalen Struktur oder Funktion eigen war, oder daß eine solche erst infolge späterer krankmachender Einflüsse eingetreten ist, wenn auch unsere Untersuchungsmethoden zum Nachweis dieser Alterationen noch nicht ausreichen.

Bei der oberflächlichen Lagerung der Hautnerven darf man u. a. an Traumen denken, die bestimmte Bahnen einmal oder öfter trafen und so den Grund zu leichten Veränderungen der Blutgefäße legen, die unter dem Einfluß eines in den Organismus eingedrungenen Virus zu tiefgreifenden Störungen führen. Dies wird um so leichter eintreten, als den primären, von dem blättrigen Perineurium umschlossenen Nervenbündeln ein ziemlich abgeschlossenes Blutgefäßsystem zukommt. Sie besitzen ihre eigenen kleinen Arterien, die ihr Blut in ein Kapillarnetz mit langgestreckten Maschen[1] ergießen und innerhalb dieser Bündel ziehen auch zahlreiche, dünnwandige Venen centralwärts. Die vielen Gefäßdurchschnitte, die man auf Querschnitten durch ein solches Nervenbündel wahrnimmt, präsentieren sich von einer kaum wahrnehmbaren oder dickeren Endoneuriumhülle umscheidet, fast ohne Ausnahme gleichfalls im reinen Querschnitt. Nach der bisherigen Auseinandersetzung würden bestimmte, hierfür besonders disponierte endoneurale Blutbahnen durch das Gift derart geschädigt, daß sie der ihnen zugewiesenen Aufgabe, die Nervenfasern ausreichend zu ernähren, nicht mehr in vollem Umfange nachkommen können.

Es bietet sich aber noch ein anderer Weg dar, den wir nun auf seine Gangbarkeit untersuchen wollen. Die Schädigungen der Nervenfasern könnten möglicherweise nicht direkt durch die Gefäße erfolgen, sondern erst indirekt durch Vermittlung der Lymphbahnen, die innerhalb der peripheren Nerven sehr bemerkenswerte Verhältnisse darbieten. Auch hierbei folge ich zunächst den Angaben von Ranvier (l. c). Man glaubte früher, getäuscht durch die Ergebnisse von Quecksilberinjektionen, jedes Nervenbündel beherberge in seinem Innern einen centralen Kanal, ein Lymphgefäß mit eigener Wandung, bis Ranvier den Irrtum durch den Nachweis aufklärte, daß „die Injektionsmasse, welche in ein Nervenbündel eindringt, sich zwischen seinen verschiedenen Nervenröhren verbreitet und zwischen ihnen eine weite Strecke wandern kann, ohne die umgebende Blätterscheide zu erreichen". Man vergleiche hierzu die Abbildung eines Querschnittes durch ein grobes Nervenbündel vom Ischiadicus der Ratte.[2] Es gibt eben „weder in dem Körper des

[1] Ranvier, Technisches Lehrbuch der Histologie. 1877. S. 713.

[2] Ranvier, Fig. 260.

Nervenbündels, noch in der umhüllenden Scheide besondere Lymphgefäße", sondern erst in dem perifaszikulären Bindegewebe, welche nach unserem Autor allerdings mit jenen Lymphräumen kommunizieren sollen.[1] Die Injektionsmasse umspült nun jede einzelne Nervenfaser und die ihnen beigeschlossenen Blutkapillaren.[2] Im lebenden Nerven wird also jede Nervenfaser von dem durch die Wand der Blutgefäße hindurchgetretenen Plasma umflossen, dessen Quantität wohl noch zunimmt, wenn die Gefäßwandungen durch eine toxische Substanz geschädigt sein werden. Die beträchtlichere Anhäufung eines solchen Fluidum könnte zu einem Ödem der axial gelegenen Partien führen und zu einer zeitweise anhaltenden Kompression der zwischen den Perineurallamellen bestehenden Lymphspalten, wodurch der von Ranvier angenommene Abfluß in die benachbarten Lymphgefäße mit eigenen Wandungen erschwert würde. Daß bei dem eigenartigen Verlauf der endoneuralen Blutgefäße einerseits und dem besonderen Verhalten der betreffenden Lymphbahnen andererseits gewisse Nervenfasergruppen leicht geschädigt werden können, liegt auf der Hand.

Nun gilt aber die Darstellung, wie sie Ranvier vor mehreren Jahrzehnten gab, zwar in vielen Stücken auch heute noch als zutreffend, aber nicht mehr in allen. So spricht sich z. B. Stöhr in der neuesten Auflage seines Lehrbuches der Histologie (1906) über die Lymphbahnen der peripherischen Nerven auf S. 186 folgendermaßen aus: „Sie finden sich in den kapillaren Spalten zwischen den Lamellen des Perineuriums und zwischen den einzelnen Nervenfasern, so daß jede Nervenfaser von Lymphe umspült ist." Diese Lymphbahnen stehen aber nach Stöhr „nur in Zusammenhang mit dem Subdural- und Subarachnoidealraum; gegen die die Nerven umgebenden Lymphgefäße sind sie geschlossen."[3] Unter diesen Umständen würde es also der Kompression der Lymphräume des Perineurium durch die pralle Füllung der endoneuralen Bahnen gar nicht bedürfen. Die Schädigung der Nervenfasern durch die gifthaltige Lymphe müßte dann noch weit leichter zustande kommen, denn dieses Fluidum würde die Nervenfasern centralwärts bis zum Spinalganglion und noch darüber hinaus begleiten. Warum nun aber der Prozeß gerade in ganz bestimmten Bahnen einsetzt und die überwiegende Mehrzahl der anderen verschont, vermag ich einstweilen so wenig zu erklären, als diejenigen Autoren, welche den Ausgangspunkt des Herpes zoster in primären Veränderungen einzelner Nervenzellen oder Nervenfasern sehen.

[1] L. c. S. 716.
[2] L. c. S. 715.
[3] Im Original nicht gesperrt hervorgehoben.

2. Über die Notwendigkeit der internen Behandlung infektiöser Urethritiden.

Von Dr. **Ernst R. W. Frank** in Berlin.

In der in Nr. 11 der Monatsschrift f. Harnkrankh. u. sexuelle Hygiene (S. 482 ff.) publizierten Arbeit: „Die Notwendigkeit der inneren Behandlung der Gonorrhöe" von Dr. Arthur Coblenzer in Berlin finde ich mich unter Anführung eines meiner Arbeit: „Das Arhovin"[1] entnommenen Satzes als Anhänger der internen Gonorrhöetherapie zitiert. Da aus meiner Arbeit ebenso wie aus früher publizierten mit aller Deutlichkeit ersichtlich sein dürfte, daß ich ein entschiedener Gegner dieser internen Therapie bin, halte ich es für angebracht, meinen wissenschaftlichen Standpunkt an dieser Stelle nochmals zu präzisieren und gleichzeitig auf einige Ausführungen der Arbeit Coblenzers einzugehen.

Obwohl ich glaube auf dem Gebiet der Gonorrhöe der männlichen Geschlechtskrankheiten einige Erfahrungen zu besitzen, kann ich nicht das Zugeständnis machen, daß es unserer heutigen Therapie unmöglich sei, jeden Tripper innerhalb einer gewissen Zeit mit Sicherheit zur Heilung zu bringen. Dank der Fortschritte, welche uns die pathologische Anatomie und die auf exakte Diagnostik gegründeten Fortschritte der Therapie in den letzten Dezennien gebracht haben, besteht das bekannte Wort Ricords „Une chaude pisse commence, dieu le sait, quand elle finira" nicht mehr zu recht. Es gilt nur noch für diejenige therapeutische Richtung, welche das Ideal einer Tripperbehandlung in „zweckentsprechendem Verhalten des Patienten" sieht und sich dem Glauben hingibt, daß Fernhaltung aller Schädlichkeiten ohne lokale Maßnahmen und ohne innere Medikation in 4—6 Wochen zur Heilung des Trippers führe. Mir ist noch nie ein Fall von spontan ausgeheilter gonorrhoischer Urethritis bekannt geworden. Einen derartigen Verlauf habe ich nur ab und zu bei Urethritiden auf bakterieller, nicht gonorrhoischer Basis beobachtet, z. B. bei Coli-Urethritis in Fällen von chronischer Obstipation. Wer häufiger Gelegenheit hat, Harnröhren solcher Personen zu urethroskopieren, bei welchen eine mikroskopisch diagnostizierte Gonorrhöe ohne lokale Behandlung „zur Heilung gekommen ist", weiß, daß recht erhebliche Veränderungen der Schleimhaut und ihrer Adnexe die Wirkungen der ungestört tätig gewesenen Gonokokken mit ganz außerordentlicher Deutlichkeit erkennen lassen.

Im Jahre 1898 habe ich in meiner Arbeit: Über den heutigen Stand der Gonorrhöetherapie"[2] die prinzipiell wichtigen Gesichtspunkte für eine

---

[1] Berliner klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 31.

[2] Die Medizin der Gegenwart. 1898.

aussichtsreiche Tripperbehandlung darzulegen versucht. Von der internen Tripperbehandlung habe ich überhaupt nicht gesprochen, da ich eine solche nicht für unbedingt erforderlich hielt, noch halte. Gegenüber Kopp und v. Zeissl teile ich durchaus den Standpunkt Neissers, daß man wohl mit lokaler Behandlung unter Wahrung der diätetischen Maßnahmen eine gonorrhorische Urethritis heilen kann unter Verzichtleistung auf die inneren Mittel. Niemals aber wird man auf dem Wege der internen Medikation ohne örtliche Behandlung das Ziel erreichen, welches Janet[1] für eine wirkliche Heilung der gonorrhoischen Urethritis in treffender Weise gekennzeichnet hat.

„Un malade n'est vraiment guéri que quand il ne présente plus aucune lésion anatomique uréthrale ou génitale, aucune sécrétion purulente, et aucun microbe nocif dans son urèthre."

In meiner bereits erwähnten Arbeit „Über Arhovin" habe ich wörtlich gesagt: „Die Beliebtheit, deren sich die Behandlung der Tripperkrankheit mit inneren Mitteln erfreute und immer noch erfreut, beweist, daß auch heute, trotz der erheblichen Fortschritte, welche die Gonorrhöetherapie in den letzten Jahren gemacht hat, den anatomisch-physiologischen, wie auch den bakteriologischen Tatsachen nicht die genügende Beachtung geschenkt wird. Verfolgt man die Literatur über die nicht ganz geringe Zahl von inneren Mitteln, welche im Laufe der letzten Jahre in den Handel gebracht worden sind, so stößt man auf eine fast ermüdende Gleichförmigkeit in den verschiedenen Arbeiten. Die meisten Autoren begnügen sich damit, über eine mehr oder weniger große Anzahl von einfachen und komplizierten Tripperfällen zu berichten, welche sie mit dem betreffenden Mittel bald mit, bald ohne Erfolg behandelt haben. Unbewußt wird die Insufficienz dieser internen Gonorrhöetherapie überaus häufig noch dadurch demonstriert, daß neben der inneren auch eine lokale Behandlung stattgefunden habe. Es liegt auf der Hand, daß diese rein kasuistischen Mitteilungen ein Bild über den wirklichen Wert des betreffenden Mittels bei der Tripperbehandlung nicht geben können, solange nicht gleichzeitig die besonderen und fast in jedem Fall verschiedenen anatomisch-pathologischen und bakteriologischen Verhältnisse genügend berücksichtigt werden."

Fußend auf den mit Arhovin angestellten bakteriologischen Untersuchungen einerseits und den aus der anatomischen Struktur der Harnröhrenschleimhaut sich ergebenden Tatsachen andererseits, bin ich zu dem Schlusse gekommen, daß „Arhovin ebensowenig wie alle übrigen internen Mittel die lokale Antisepsis bei der Gonorrhöetherapie

[1] Traitement de l'uréthrite blennorrhagique. Annales d. malad. d. org. génito-urin. 1892.

überflüssig mache“. Ich habe lediglich aus meinen klinischen Beobachtungen den Schluß gezogen, daß das Arhovin mehr noch als die Balsamica als wirksames Unterstützungsmittel der örtlichen Tripperbehandlung betrachtet werden könne wegen seiner reizmildernden und schmerzstillenden Wirkung auf entzündliche Schleimhauterkrankungen der Harnwege.

Als brauchbare „Antigonorrhoica“, d. h. Mittel, welche die Gonokokken innerhalb des Organismus mit Sicherheit abzutöten vermögen, kann man heutigen Tages nur die Silber-Eiweißpräparate bezeichnen. Ihre Einführung in die Gonorrhöetherapie bedeutet in der Tat eine neue Ära derselben, nachdem bereits Janet durch die von ihm eingeführte Technik der „grandes lavages“ einen bedeutsamen Umschwung in der bis dahin beliebten, rein schematischen und wenig erfolgreichen Gonorrhöetherapie hervorgebracht hatte. Was der internen Therapie im Laufe eines Jahrhunderts nicht gelang und auch heute nicht gelingt, nicht gelingen kann aus anatomischen wie aus physiologischen und bakteriologischen Gründen, das können wir dank der lokalen Therapie sicher erreichen, wenn wir gleichzeitig der bakteriellen Invasion und den durch sie gesetzten Schädigungen des Gewebes Rechnung tragen. Den wissenschaftlichen Tatsachen entsprechende, antiseptische Behandlung einerseits, eine zur Ausheilung der postinfektiösen, anatomischen Läsionen führende mechanisch-chemische Behandlung andererseits, und nur diese, bringen jede infektiöse Urethritis, also auch die gonorrhoische, zu sicherer und vollständiger Abheilung. Ebenso wie von Zeissl und Kopp sehe ich in der Anwendung der Balsamica und mehr noch des Arhovins ein brauchbares Adjuvans der lokalen Behandlung, aber ebenso wie Neisser spreche ich meine Ansicht dahin aus, daß über der inneren Medikation die günstigste Zeit für den Beginn einer wirksamen Lokaltherapie nie und nimmer versäumt werden darf. Wenn Kopp und andere von den Silber-Eiweißpräparaten wenig gutes, keine wesentlichen Unterschiede in dem Erfolg dieser Mittel gegenüber den früher üblichen gesehen haben, so liegt dieser therapeutische Mißerfolg nicht an den Mitteln. Mich haben die seit 10 Jahren in einer nicht geringen Zahl von Fällen mit den Silber-Eiweißpräparaten gemachten Erfahrungen zu der Erkenntnis gebracht, daß wir derselben zur Abtötung der Gonokokken auch weiterhin nicht werden entraten können. Dem Protargol habe ich das Albargin vorzuziehen gelernt, weil letzteres durch Erhitzen nicht zersetzt wird und wesentlich billiger als das erstere ist.

Nicht ohne Absicht habe ich von der inneren Behandlung „infektiöser Urethritiden“, also nicht nur der „gonorrhoischen“ gesprochen. Wie ich schon erwähnte, kommen nicht so selten Harnröhrenentzündungen zur Beobachtung, welche von anderen als gonorrhoischen Infektionen herrühren

und welche in bezug auf die Schwere der Gewebsschädigung sich gegenüber der gonorrhoischen ähnlich verhalten wie das Contagium des Ulcus molle gegenüber dem des Ulcus durum. In diesen nur durch das Mikroskop aufzuklärenden Fällen, welche nicht so selten spontan ausheilen kommt auch die innere Therapie, besonders die Anwendung der Formolpräparate (Hetralin, Urotropin), zu ihrem Rechte.

II. Referate.

Allgemeine Pathogie und Therapie.

1) **Sur un cas d'hématodermite scarlatiniforme guéri par l'usage de la moelle osseuse,** par Leredde. (Revue prat. d. malad. cutan., syph. et vénér. 1906. Juli.)

Verf., welcher seine Knochenmarkbehandlung bereits bei mehreren Pemphigusfällen erfolgreich angewandt hatte, erzielte mit Kalbsknochenmark, täglich 40 g, ein ausgezeichnetes Resultat bei einem schweren Falle von Haematodermitis scarlatiniforme. Bereits nach 8 Tagen hatte die vorher beängstigend abgemagerte, kraftlose Frau bedeutend zugenommen, konnte wieder ausgehen und zeigte eine fast normale Haut. Ein kongestives Rezidiv wurde mit der gleichen Behandlung schnell beseitigt, nach einem Jahre war völlige Heilung eingetreten. J.

2) **Beitrag zur Technik der Röntgen-Bestrahlung,** von Alfred Jungmann. (Wiener klin. Rundschau. 1906. Nr. 12.)

Zu dem Zwecke in jedem einzelnen Falle von Röntgen-Behandlung der Röhre bequem eine andere Stellung zu geben und diese nach Bedarf leicht zu verändern, konstruierte Verf. den in der Arbeit beschriebenen und durch Abbildung veranschaulichten Apparat, welcher die exakte Technik der Röntgen-Therapie wesentlich erleichtert. Ein 1—2 m langes Schienensystem ist an der Decke angebracht, eine Brücke rollt auf Hartgummirädern mitsamt ihrer Schienenunterlage auf zwei Schienen in der Längsrichtung und rollt für sich allein auf anderen Schienen in senkrechter Querrichtung. Die Kombination dieser beiden Bewegungskomponenten ermöglicht jede Stellung zwischen den zwei aufeinander senkrechten Richtungen. Die Brücke trägt eine Hohlstange zur Aufnahme der Röntgen-Röhre, welche zusammengeschoben oder auseindergezogen werden kann. Mit einer ziehenden oder schiebenden Bewegung der Hohlstange vermag der Arzt somit die gewünschte Distanz und Höhe einzustellen; die Drehung eines Griffes mit der anderen Hand reguliert die Stellung der Röhre, welche durch eine Schraube fixiert wird. Als praktisch empfiehlt Verf. ferner die Anbringung einer Wichmannschen Schutzröhre und der Gundelachschen Bleiglaskappe an dem Apparat, beide entsprechend modifiziert, auch gibt er besondere Anweisung zu Dosierungszwecken. J.

3) **Sur la genèse des cellules géantes,** par J. F. Heymans. (Archives internat. de Pharmacodynamie et de Therapie. 1906. XVI.)

Verf. legte Säckchen mit tuberkelbesätem Nährmaterial in die Bauchhöhle von Kaninchen und Meerschweinchen ein und beobachtete bei diesen Experimenten die Entwickelung der Riesenzellen. Aus den vielfachen und eingehenden Untersuchungen, deren genauerer Hergang im Original nach-

gelesen werden muß, geht hervor, daß sich die Riesenzellen durch direkte Teilung vermehren. Die Riesenzelle stammt von der epitheloiden Zelle ab und diese wiederum von der polynukleären Zelle, welche im Blute zirkuliert, aber durch Diapedese aus demselben heraustritt, um Infiltrationen oder zellige Exsudate zu bilden. Die reaktive Proliferation ist gewöhnlich in 15 bis 20 Tagen beendet, dann beginnen Differenzierungserscheinungen vorzuherrschen. Die conjunctivo-vasculäre Scheide vermindert sich und wandelt sich in junges Gewebe um. Die polynukleären Zellen verschwinden, während die epitheloiden und Riesenzellen fortbestehen, aber allmählich atrophieren. Im Innern des Sackes waren die lebenden Zellelemente in 25—30 Tagen verschwunden und nur die Bazillen zurückgeblieben. J.

4) **Sur un moyen de diagnostic précieux en clinique,** par Jullien. (Journ. des maladies cutan. et syphil. 1906. Juni.)

Verf. empfieht zur Erleichterung der Diagnose bei Schleimhautaffektionen (besonders an den männlichen und weiblichen Genitalien und im Munde) die mit Substanzverlusten, Ulzerationen usw. einhergehen, die Anwendung der $^1/_2\,^0/_0$igen Chromsäurelösung. Es genügt das Überstreichen der Schleimhäute mit einem in diese Lösung getauchten Tampon, um dem klinisch geschulten Auge die Differentialdiagnose zwischen harmlosen und spezifischen Affektionen klar vor Augen zu stellen, da die Chromsäure die Formen der einzelnen Epithelverluste durch Gelbfärbung deutlich hervortreten läßt, während die normale Schleimhaut unverändert bleibt. Paul Oppler-Breslau.

5) **Oedème des organes génitaux externes consécutif à une polyadénite suppurée bilatérale,** par M. G. Boyreau. (Journ. des maladies cutan. et syphil. 1906. Juni.)

Im Gegensatze zu den vielfachen Erfahrungen und Beobachtungen, nach denen im Anschlusse an die Exstirpation der vereiterten Inguinaldrüsen lymphatische Stase, chronische Ulzerationen und elephantiastische Verdickungen der äußeren Genitalien auftraten, berichtet Verf. über einen Fall von doppelseitiger Vereiterung der Inguinaldrüsen, bei dem sich eine elephantiastische Verdickung des Skrotums und des Penis entwickelte. Erst nach der Exstirpation der entzündlich infiltrierten und mit kleinen Abszessen durchsetzten Drüsen auf beiden Seiten gingen diese Veränderungen vollständig zurück.

Paul Oppler-Breslau.

6) **A study of epidermal fibrils,** by R. L. Thompson. (Journ. of experiment. Medic. 1906. August.)

Die Experimente des Verf. ergaben, daß bei gewissen Tieren außer den in der normalen menschlichen Epidermis vorhandenen protoplastischen Fibrillen des Stratum filamentosum auch in den Zellen der Keimschicht gut entwickelte Fibrillen bestehen. Diese Gebilde kommen in der menschlichen Haut nur im Zustande erhöhter Zelltätigkeit vor und vermehren sich in deutlichem Verhältnis zur Schnelligkeit des Zellenwachstums. Die Differenzierung dieser Keimschichtfibrillen in die feineren Fasern, welche die Zellen des Stratum filamentosum verbinden, kann unter geeigneten Wachstumsbedingungen beobachtet werden, und es erscheint daher nicht angezeigt, eine Trennung der Fibrillen in verschiedenartig benannte Gruppen vorzunehmen. Dieser Prozeß der Faserbildung in den menschlichen Epidermiszellen entspricht der vermehrten Faserproduktion verschiedener anderer Zellen unter ähnlichen Bedingungen und gewinnt eine gewisse Wichtigkeit im Hinblick auf die Erkennung und Klassifizierung von epithelialen Neubildungen. J.

7) **Der gegenwärtige Stand der Phototherapie,** von Ferdinand Winkler. (Monatsh. f. prakt. Dermatologie. XLIII. Nr. 11.)

Der Aufsatz ist ein Referat, das am internationalen Kongreß für Elektrobiologie und Radiologie in Mailand, September 1906, erstattet wurde. Der bisher beschrittene Weg, durch Anwendung der Lichtheilmethode Vorteile zu erzielen und nach neuen Lichtquellen zu suchen, erscheint dem Verf· nicht richtig; ihm dünkt es wichtig, die Gewebe in entsprechender Weise vorzubereiten, daß die Lichtstrahlen ihre physiologische Wirkung entfalten können. Nur in sauerstoffreichen Geweben können die Lichtstrahlen heilend wirken; es muß eine Methode gefunden werden, welche die Gewebe sauerstoffreich zu machen imstande ist. Vielleicht gelingt es auf dem Wege der aktiven oder passiven Hyperämisierung, diese Forderung zu erfüllen. Die Versuche des Verf.'s, durch Inhalation von Amylnitrit eine Anreicherung von Sauerstoff in der zu behandelnden Hautpartie eintreten zu lassen und erst die so vorbereiteten Gewebe dem Licht auszusetzen, sind von Erfolg begleitet gewesen. Schourp-Danzig.

8) **Resultate der Uviollichtbehandlung bei Hautkrankheiten,** von Artur Strauss. (Dermatologische Zeitschrift. 1906. November.)

Verf.'s Erfahrungen mit der Uviollampe basieren auf etwa 350 Fällen von Hautkrankheiten. Das Anwendungsgebiet der Uviollampe ist ein überaus vielseitiges. Kein anderer Lichtapparat dürfte eine so mannigfache Verwendung zulassen. Dieses Urteil beruht, abgesehen von der chemischen Lichtwirkung, einerseits in dem Umfang des von der Lampe ausstrahlenden Lichtkegels, andrerseits darin, daß sie sowohl kleine wie große Flächen zu bestrahlen gestattet, endlich in der Tatsache, daß schädliche Nebenwirkungen ausgeschlossen sind. Die Behandlung selbst ist eine äußerst einfache und bequeme. Ein überaus dankbares Gebiet füs die Uviollichtbehandlung bilden die Ekzeme. Auch Psoriasis heilt unter Uviollicht. Die parasitären Dermatosen kommen oft überraschend schnell zur Heilung, ebenso die verschiedenartigsten Geschwürsbildungen. Unterstützen kann man die Uviollichttherapie dadurch, daß man vor der Bestrahlung die betreffenden Hautstellen mit geeigneten Salben bestreicht, welche das Licht hindurchlassen. Immerwahr-Berlin.

9) **Zur Frage der posthypnotischen Hautphänomene,** von C. Doswald und K. Kreibich. (Monath. f. prakt. Dermatologie. XLIII. Nr. 11.)

Die von den Verff. angestellten Versuche verfolgten die Beantwortung der Frage, ob sich in der Hypnose angioneurotische Entzündung suggerieren läßt und ob diese bis zur entzündlichen Gefäßwandschädigung mit zelliger und entzündlicher Exsudation fortschreitet. Bei zwei Versuchspersonen wurde die suggerierte Hautstelle vom Erwachen aus der Hypnose bis zum Eintritt des Phänomens entweder nicht aus dem Auge gelassen oder nach außen so geschützt, daß eine Berührung oder äußere Beeinflussung der Stelle vollkommen ausgeschlossen war. Die Experimente beweisen, daß es möglich ist, durch hypnotischen Auftrag Blasenbilung mit Entzündung zu erzeugen. Die Entzündung ist angioneurotisch und entsteht durch indirekte „postreflektorische" Reizung des Sympathicus, wohl vorwiegend durch Reizung der Vasodilatatoren. Bei der einen Versuchsperson bildete sich nach Suggerieren der Berührung mit einem brennenden Zündholz bereits nach 10 Minuten eine Blase. Diese Exsudation kann noch keine entzündliche sein, sie muß durch vasomotorischen Nerveneinfluß bedingt sein. Diese Blase ist der Cutisquaddel gleichzustellen und ist wie diese die Folge einer nervösen Sekretion der Kapillaren.

Schourp-Danzig.

10) **Beiträge zur Pigmentfrage. II. Die Entstehung des Oberhautpigmentes des Menschen aus der Substanz der Kernkörperchen. III. Besitzt das atrophische Narbenepithel des Weißen die Fähigkeit zur Pigmentbildung? IV. Ursprung und Bildung des Cutispigmentes beim Menschen,** von Meirowsky. (Monatsh. f. prakt. Dermatologie. XLIII. Nr. 4.)

II. Aus den Untersuchungen an etwa 15 Hautstücken, die nach verschieden langer Bestrahlung mit der Finsenlampe exzidiert und teils in Alkohol, teils in Osmiumsäure, Platinchlorid und Platin-Osmiumsäure fixiert wurden, zieht Verf. folgende Schlüsse: Durch den Reiz, den das Licht auf die Epithelzellen ausübt, vermehrt sich die Substanz der Kernkörperchn; diese treten in das Protoplasma aus und verwandeln sich hier in Pigmentkörper, die in feine Pigmentkörnchen zerfallen und entweder an den Rand der Zelle wandern oder sich um den dem Licht zugekehrten Pol des Kernes ansammeln. Durch die Wirkung des Lichtes verwandelt sich ein Kernkörperchen schon im Kern selbst in eine braune Pigmentkugel, die als solche aus dem Kerne austritt und im Protoplasma in Pigmentkörperchen zerfällt. Es findet eine Höhlenbildung im Kern statt, an deren Wandung Pigmentkörnchen auftreten. Durch Platzen der Wandung einer solchen Höhle entsteht eine kraterförmige Öffnung, aus der das Pigment in das Protoplasma ausströmt. Nach vollendeter Pigmentbildung findet man im Kern nur ein oder zwei kleine Kernkörperchen. — III. Eine fast blasse, atrophische Narbe wurde $1^1/_2$ Stunden lang mit der Finsenlampe bestrahlt; sie war unmittelbar nach der Sitzung leicht gebräunt und wurde exzidiert und bot nach Färbung nach Pappenheim-Unna in der Cutis nirgends eine Spur von Pigmemt; dagegen war das Epithel nicht nur in der basalen Schicht, sondern auch in den höheren Zelllagern tief dunkel pigmentiert. Nirgends, weder in der Cutis noch in der Epidermis, fand sich auch nur eine einzige Zelle, die man als sogen. Chromotophore oder als einen Melanoblasten im Sinne Ehrmanns hätte bezeichnen können. — IV. Das Pigment der Haut des Menschen ist nicht, wie Ehrmann behauptet, einheitlich. Das epitheliale Pigment entsteht in der Epidermis und ist ein Produkt des Kernkörperchens; das Cutispigment ist dagegen hämatogenen Ursprunges.

Schourp-Danzig.

11) **Prostitution und sexuelle Perversitäten nach Bibel und Talmud,** von J. Preuss. (Monatsh. f. prakt. Dermatologie. XLIII. Nr. 6—10.)

Das ganze Gesetz der Juden geht auf die Bibel zurück, welche auch die sexuellen Verhältnisse in ausführlicher Weise regelt. Die Bibel enthält über Ehe und Unzucht Vorschriften, und Mischna und Talmud bringen die Ausführungsbestimmungen dazu und die Nutzanwendung auf einzelne Fälle, wie sie die Praxis des täglichen Lebens zeitigte. In eingehender Weise bespricht Verf. unter reicher Literaturanführung nacheinander Prostitution, das Jus primae noctis, Paederastie, Sodomie und Tribadie; in dem Schlußkapitel wendet sich Verf. gegen die Auffassung einer Syphilis-Epidemie, als welche Rosenbaum u. a. die Pest deuten wollten, welche das auf der Wanderschaft befindliche Volk heimgesucht hat.

Schourp-Danzig.

12) **Über die Entwickelungsgeschichte einiger accessorischer Gänge im Penis. Zugleich ein Beitrag zur Kenntnis des Schließungsvorganges des Urogenitalkanals und der Entwickelung der Raphe,** von A. Lichtenberg. (Beitr. z. klin. Chirurgie. LXXVIII. 1906.)

Verf. teilt die accessorischen Gänge am Penis in folgende Gruppen: in accessorische Gänge am Orificum externum (Orificialgänge), in der Raphe, im

Frenulum, im Präputium und am Dorsum penis, berichtet aber in vorliegender Mitteilung nur über die drei erstgenannten Kategorien. Die Gänge in der Raphe bezeichnet Verf. auch jetzt noch als aus abgeschnürten Teilen des Urogenitalseptums entsprossene Drüsen, die den submukösen Drüsen des entsprechenden Abschnittes des Urogenitalorgans gleichwertig sind. Die Orificialgänge sind abnorm gelagerte Drüsen der Pars cavernosa des Urogenitalorgans. Auch die häufig beobachteten Gänge bei Hypospadie gehören hierher. Bezüglich der accessorischen Gänge am Frenulum verweist Verf. auf seine frühere Mitteilung. Diese topographische Einteilung befriedigt vollkommen das praktische Bedürfnis, doch kann man sie für die besprochenen Gänge dahin ergänzen, daß sowohl die Gänge in der Raphe, als auch die vom Orificum externum und Frenulum sich entwickelungsgeschichtlich in zwei Gruppen sondern lassen, nämlich a) in solche, welche vom Urogenitalseptum abstammen (Drüsen), b) in solche Gänge, welche von der Haut abstammen.

Solger-Neisse.

Entzündliche Dermatosen.

13) **Balaniti e balanopostiti da euforbiacee,** pel Duca Vincenzo. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1906.)

Verf. hat bei 10—15 jährigen Knaben starke Schwellung des Penis mit Blasenbildung und teilweise mit Gangrän beobachtet. Zuweilen bestand Phimose, zuweilen Paraphimose. Auch Ausfluß aus der Harnröhre kam vor. Sämtliche Knaben hatten das Glied aus onanistischen Gründen oder unter falschen Vorstellungen und von ihren Kameraden verführt mit dem Safte einer zur Familie der Euphorbiaceen gehörigen Pflanze eingerieben. Verf. konnte experimentell an Hunden dieselben Krankheitsbilder hervorrufen, außerdem auch durch Einträufelung des Pflanzenstoffes ins Auge Ödem und Chemosis ohne Affektion der Cornea. Die Behandlung der Affektion bestand ln Bleiwasserumschlägen, nachdem ein gonorrhoischer Prozeß mikroskopisch ausgeschlossen war.

Dreyer-Köln.

14) **Histologie du lichen plan des muqueuses,** par Dubreuilh. (Annales de dermatologie et syphilis. 1906. Februar.)

Von der Ansicht ausgehend, daß der Lichen planus auf der Schleimhaut häufiger sei als auf der Haut, hält Verf. bei alleinigem Befallensein der Schleimhaut die mikroskopische Untersuchung zur Sicherung der Diagnose für sehr wertvoll und leicht durchführbar. Leider liegen bis jetzt nur sehr wenige histologische Untersuchungen vor. An der Hand dreier Fälle kommt Verf. zu dem Resultat, daß die histologischen Vorgänge der Schleimhautaffektion fast durchgehend denen des Lichen planus der Haut gleichen.

Amende-Bamberg.

15) **Arsenic in pityriasis rubra pilaris,** by Heidingsfeld. (Journ. of Cutan. Diseases. 1906. August. Nr. 8.)

Nachdem früher Kaposi die Identität des Lichen ruber planus und acuminatus vertreten hat, und Max Joseph später die verschiedenen Formen des Lichen ruber planus, verrucosus und acuminatus als Variationen eines und desselben Krankheitsprozesses darstellte, sucht Verf. nun auch die Pityriasis rubra pilaris als eng verwandt mit Lichen ruber zu charakterisieren, obwohl nach manchen Autoren verschiedene klinische und anatomische Unterschiede bestehen (Neisser, Hügel). Verf. hat 3 Fälle von Pityriasis rubra pilaris beobachtet und folgendes festgestellt: Lichen planus, verrucosus und

acuminatus werden gleichmäßig günstig durch Arsentherapie beeinflußt. Nicht so die Pityriasis rubra pilaris. Von klinisch-therapeutischem Standpunkte aus ist die letztere von Lichen acuminatus wohl zu unterscheiden. Am günstigsten beeinflußt wird sie durch Injektionen von Atoxyl oder von Kakodylsäure. Solger-Rostock.

16) **Granulosis rubra nasi (Jadassohn) a further contribution,** by M. H. Macleod. (British Journ. of Dermatology. 1906. Oktober.)

Alle Beschreibuugen von Granulosis rubra nasi stimmen mit Jadassohns erster Schilderung überein. Es handelt sich um eine Affektion der Nase im Kindesalter, charakterisiert durch chronische Hyperidrosis, diffuse Röte und kleinste Papeln an den Ausführungsgängen der Schweißdrüsen. Zuweilen kann die Haut der Wangen und der Oberlippe mit ergriffen werden. Trotz der Rötung ist die Nase beständig kalt und von Schweiß befeuchtet. Zuweilen besteht gleichzeitig Hyperidrosis der Hände und Füße. Die beschriebenen Symptome beruhen auf einer Erweiterung der Coriumkapillaren mit Zellinfiltration um sie herum. Ähnliche Infiltrationen findet man auch um die Schweißdrüsengänge, mit polynukleären Leukozyten, Fibroblasten, einzelnen Plasma- und Mastzellen. Die Affektion kann mit Lupus vulgaris, L. erythematosus und Acne vulgaris verwechselt werden. Von ersterem unterscheidet sie sich dadurch, daß die Knötchen unter dem Druck einer Glasplatte verschwinden. Gewöhnlich besteht auch keine Neigung, zu ulzerieren. Vom Lupus erythematosus unterscheidet sie sich durch das Fehlen von Narben und atrophischen Prozessen, von Acne vulg. und rosacea dadurch, daß die Talgdrüsen nicht in Mitleidenschaft gezogen sind. Die Behandlung ist eine symptomatische und allgemeine. Lokale Applikationen waren nicht von dauerndem Erfolg begleitet. Zum Glück ist die Prognose günstig, da das Leiden mit dem Beginn der Pubertät zu verschwinden pflegt.

Solger-Rostock.

17) **Fetal Ichthyosis: report of a case with pathological changes in the thyreoid gland,** by B. W. Moore und L. M. Warfield. (American Journ. of the medic. sciences. 1906. Mai.)

Während mildere Fälle von angeborener Ichthyosis allenfalls mit Salben, Thyreoideaextrakt usw. zu behandeln sind, ist eine so schwere Erkrankung, wie die hier beschriebene, als völlig hoffnungslos anzusehen. Das ichthyotische Kind stammte von einer gesunden Mutter aus gesunder, langlebiger Familie, doch gibt es zu denken, daß ein früheres, bald nach der Geburt verstorbenes Kind der Muter nicht gezeigt worden ist. Bei dem im 7. Monat geborenen Kinde ist der ganze Körper von enorm dicken Hautschuppen, welche von Rhagaden unterbrochen in allen Richtungen gruppiert sind, bedeckt, Kopfhaut und Stirn erscheinen am schwersten betroffen, Finger und Zehen gekrümmt und starr, während mit Armen, Beinen und Kopf unter beständigem Schreien Bewegungen versucht werden. Da der starr geöffnete Mund das Saugen unmöglich macht, wird künstliches Einflößen von Milch und Wasser versucht, bis bei andauernd tiefen Temperaturen nach 3 Tagen der Tod eintritt. Die Sektion ergab fötale Ichthyosis, Atrophie der Thyreoidea und Thymusdrüsen, Fettleber, Kongestion an allen Organen, das Rete mucosum erscheint verdünnt. Verf. weist darauf hin, daß die meisten Ichthyosisfälle Frühgeburten betreffen und nimmt eine Kombination der von Bowen erwähnten, epitrichialen, nur bis zum 6. Monat normal bestehenden, hier aber andauernden Schicht an. Wenn eine Epidermis überhaupt vorhanden war, wurde dieselbe durch

eine Membran an der normalen Desquamation gehindert, eine trophische Veränderung erzeugte die ungeheure Verhornung des Rete Malpighii. Die Haut wurde so dick und unbeweglich, daß das Wachstum des Kindes sie mechanisch durchbrach, während alle hervorstehenden Körperteile wie Nase, Ohren, Finger in der Entwickelung beeinträchtigt wurden. J.

18) **Zur Kasuistik seltener Nagelerkrankung,** von Julius Heller. (Dermat. Zeitschrift. 1906. September.)

Der vom Verf. beobachtete Fall von Lupus erythematosus der Nägel ist insofern besonders interessant, als er ein Anfangsstadium darstellt. Bei ihm bewährt sich wieder ein Grundgesetz der Nagelpathologie. Nur die primäre Nagelerkrankung an einer bestimmten Dermatose ist charakteristisch, im weiteren Verlauf verliert die Nagelaffektion die für die einzelnen Dermatosen spezifischen Merkmale. Im zweiten Falle beobachtete Verf. den Abfall fast aller Nägel der Finger nach einer Gehirnerschütterung bei einem 11jährigen Mädchen. Immerwahr-Berlin.

19) **Note sul ricambio materiale in alcuni casi de psoriasi trattati colle iniezioni di siero fisiologico,** pel Jader Cappelli. (Giorn. ital. delle mal. vener. e della pelle. 1906. Nr. 4.)

Verf. hat bei 6 Psoriasiskranken ausgedehnte Stoffwechseluntersuchungen angestellt, zuerst unter gewöhnlichen Bedingungen und nachher bei Einspritzung eines physiologischen Serums. In einem Fall führten die Injektionen zum Verschwinden fast sämtlicher Psoriasiserscheinungen unter Ansteigen der Stickstoffausscheidung, die später bei langsamerer Involution der Erscheinungen auch wieder nachließ. In einem weiteren Falle fehlte jede Einwirkung auf den Stoffwechsel wie auf die Erscheinungen der Schuppenflechte. In den letzten 4 Fällen schließlich ging ebenfalls die Veränderung der papulosquamösen Effloreszenzen neben der vermehrten Ausscheidung des Stickstoffes einher. Dreyer-Köln.

20) **Psoriasis papillomateuse,** par M. Combéléran. (Journ. des maladies cutan. et syphil. 1906. Juni.)

Es gibt im Verlaufe der Psoriasis atypische Formen, die verruköse Bildungen darstellen. Dabei handelt es sich entweder um massive Anhäufungen von Schuppen oder um veritable Warzenbildungen auf dem Boden der Psoriasiseffloreszenzen, oder endlich um die Bildung von festen gewucherten glatten Papeln. Nur die letztgenannte Art verdient nach Verf. den Namen der verrukösen bzw. papulösen Psoriasis. Bei dem Falle, den er beschreibt, traten die papillomatösen Formen erst nach mehreren Schüben typischer Psoriasiseffloreszenzen auf und verschwanden auch mit ihnen. Sie nahmen fast den ganzen behaarten Kopf ein, saßen aber am dichtesten in der Scheitelgegend, während am übrigen Körper und an der Lippenschleimhaut die Psoriasis nichts Ungewöhnliches darbot. Paul Oppler-Breslau.

Circulationsstörungen der Haut.

21) **Purpura annularis teleangiectodes,** von Alfred Brandweiner. (Monatsh. f. prakt. Dermatologie. XLIII. Nr. 10.)

Nach der Anführung von 3 Krankheitsfällen faßt Verf. das Krankheitsbild in kurzen Zügen dahin zusammen, daß die Purpura annularis teleangiectodes eine Hautaffektion ist, welche mit der Bildung kleiner, sattroter Flecken an den Extremitäten beginnt. Bei genauerer Betrachtung zeigt es

sich, daß diese Flecken durch das gehäufte Auftreten kleiner, stecknadelspitz- bis stecknadelkopfgroßer Fleckchen von sattroter Farbe zusammenkommen. Auf Glas- oder Fingerdruck verändern diese Fleckchen weder Farbe noch Größe. Bei längerem Bestande wachsen diese, aus den kleinsten Pünktchen bestehenden Flecken an, bilden Ring- oder Streifenformen und zeigen dann ein blaßbräunlich tingiertes Centrum und einen peripheren Ring satt- bis blau- bis braunroter Pünktchen, von denen einige jedoch auch in den centralen Anteilen erhalten bleiben oder neu auftreten können. Nach Verlauf von Monaten verschwinden diese Krankheitserscheinungen völlig und spurlos, doch können Rezidive eintreten. Die Erkrankung belästigt die von ihr befallenen Individuen weder während der allmählichen Eruption noch während des Bestandes der Flecken. Die anatomische Grundlage des Krankheitsvorganges bilden kleinste, kapillare und präkapillare Ektasien, die von spärlichen Blutaustritten begleitet sind. Neben diesen Veränderungen finden sich eine sehr mäßige Einscheidung der dilatierten Blutgefäße durch Rundzellen vor und vereinzelte spindelige Elemente, welche wahrscheinlich gewuchertes, adventitielles Gewebe darstellen. Die Affektion befällt beide Geschlechter und scheint an ein bestimmtes Alter nicht gebunden zu sein, wenngleich sie im jüngeren Alter am häufigsten vorkommt. Bezüglich der Ätiologie des Leidens ist die Annahme einer vasomotorisch-trophischen Grundlage am wahrscheinlichsten. Wenngleich kleinste Tumoren die unmittelbare Veranlassung zur Entstehung der primären Veränderungen abzugeben scheinen, so genügen sie allein zur Erklärung der Veränderungen nicht, sondern es setzt die Affektion noch eine Disposition — eine periphere, vasomotorisch-trophische Labilität voraus. Zwei farbige Abbildungen sind der Arbeit beigegeben. Schourp-Danzig.

22) **Über Purpura senilis.** Klinische und histologische Studie von Pasini. (Monath. f. prakt. Dermatologie. XLIII. Nr. 9.)

Verf. verfügt über ein Material von 13 Fällen, deren Krankheitsgeschichte er kurz angibt. Die Purpura senilis ist eine Dermatose, welche sich durch das Auftreten von roten, angiektatischen und hämorrhagischen Plaques auszeichnet, die ausschließlich auf der Streckseite der Vorderarme, der Hände, der Beine und Füße lokalisiert sind. Meist beschränkt sie sich auf die beiden ersten Stellen; weniger oft findet man sie an den Beinen und nur ausnahmsweise an den Füßen. Die ersten Erscheinungen der Purpura senilis treten gegen das 65. Lebensjahr bei Leuten mit Hautatrophie auf, ohne subjektive Beschwerden hervorzurufen. Ihre Plaques sind vereinzelt oder verteilen sich regellos an den erwähnten Körperstellen, sie machen einen bestimmten, konstanten Entwickelungskreis durch, dessen Dauer zwischen 8 und 14 Tagen schwankt. Die zuerst entstandenen kleinen ziegelroten Flecke konfluieren, später tritt auf der gleichmäßig roten Grundfläche ein schmaler, geschlängelter, angiektatischer Streifen von intensiv roter Farbe auf. Die Epidermis ist in den Plaques unverändert. Unter dem Drucke des Diaskops verblaßt die rote Farbe. In raschen Folgen treten in der Plaque die üblichen, bei Blutextravasaten beobachteten Farbenveränderungen ein. Zwischen den klinischen und anatomopathologischen Veränderungen der Purpura senilis besteht ein konstanter Parallelismus. Die Effloreszenzen treten immer dann auf, wenn die Haut die charakteristichen Veränderungen der senilen Atrophie zeigt. Jede Effloreszenz weist zwei fundamentale Merkmale auf; diffuse, ziegelrote Färbung mit angiektatischen Streifen und rötlichblauen Zonen. Der ersteren entspricht eine Dilatation der Gefäße, besonders der Venen, mit Austritt von roten

Blutkörperchen per diapedesin, den letzteren eine Hämorrhagie per rhexin der schwer veränderten und zerstörten Gefäßwandungen. Auf Grund der klinischen Beobachtungen und experimentellen Untersuchungen schließt Pasini, daß die Purpura senilis ihre Entstehung einem Bluterguß in die Cutis verdankt, und zwar sowohl inolge einer Auswanderung der Blutkörperchen durch die Wandungen der Gefäße, als infolge einer Ruptur desselben; daß die Degeneration der Haut die primäre Erscheinung und eine notwendige Voraussetzung der Hämorrhagie ist; daß aber letztere nicht eine notwendige Folge der ersteren ist; daß endlich der degenerative Prozeß in der Cutis durch die Hämorrhagie bedeutend verschlimmert wird.

Schourp-Danzig.

23) **Dermatitis venerta.-Rhus toxicodendron poisening,** by Mc. Kee. (St. Louis Med. and Surgical Journal. 1906. Februar.)

Die durch Berührung des Baumes Rhus toxicodendron hervorgerufenen Vergiftungserscheinungen, die Verf. wochenlang am eignen Leibe studieren konnte, haben nur für unsere amerikanischen Kollegen praktisches Interesse

Th. Pulvermacher-Berlin.

24) **Urticaria depressa,** von Hans Vörner. (Dermatologische Zeitschrift. 1906. Oktober.)

Urticaria depressa entspricht der bekannten Urticaria, nur besteht das Exanthem nicht in erhobenen roten oder weißen Quaddeln, sondern in roten deprimierten Plaques. Wohl finden sich in letzteren quaddelartige Inseln, jedoch liegen dieselben in normalem Niveau der Haut, und entstehen sekundär, indem sie Aussperrungen innerhalb der roten eingezogenen Plaques darstellen. Ätiologisch für diese noch nicht beschriebene Form der Urticaria ist eine Dyspepsie in Anspruch zu nehmen.

Immerwahr-Berlin.

25) **Raynauds disease,** by Robert Abrahams. (New York Post Graduate. 1906. Mai.)

Im Anschluß an eine Erkältung bemerkte der 59jährige Pat. blaue Flecken auf dem rechten Fußrücken und Schmerzen in der großen Zehe. 2 Monate später die gleichen Erscheinungen am linken Fuße. Gegenwärtig bedecken rötliche und bläuliche Verfärbungen, die zeitweise verschwinden, und wenn sie wiederkommen, mit Schmerzen und Hitzgefühl verbunden sind, in wechselnder Ausdehnung beide Fußrücken. Zweimal täglich aufgetragene 30%ige Ichthyolsalbe bringt dem Pat. Erleichterung.

Th. Pulvermacher-Berlin.

Parasitäre Dermatosen.

26) **Über einige Tropenkrankheiten der Haut. II. Tinea imbricata,** von Oscar Henggeler. (Monatsh. f. prakt. Dermatologie. XLIII. Nr. 7.)

Die Tinea imbricata ist eine durch einen bestimmten Pilz hervorgerufene kontagiöse, juckende, mit reichlicher Schuppenbildung einhergehende Oberhauterkrankung, die sich durch Auftreten von Effloreszenzen auszeichnet, welche in regelmäßigen konzentrischen Ringen angeordnet sind. Das Verbreitungsgebiet der Tinea imbricata erstreckt sich über die tropischen Gegenden Ostasiens und Polynesiens. In Deli-Sumatra führt die Krankheit den Namen Gorap, in Borneo Lusung oder Korab-besi, auf den Molukken Cascadoe. Der wissenschaftliche Namen Tinea imbricata stammt von Manson, dessen Impfversuche auch über die Anfangsstadien der Erkrankung Aufschluß geben. Allgemeinerscheinungen fehlen mit Ausnahme des Juckens gänzlich. Die Erkrankung ist bei den Eingeborenen wegen der wirklich oft sehr beträchtlichen

Entstellung gefürchtet; sie zeigt keine Neigung zur spontanen Heilung, und durch Überstehen der Krankheit wird keine Immunität erworben. Die Tinea imbricata kommt bei Erwachsenen, wie auch bei Kindern vor. Die Europäer sind nicht gegen die Krankheit geschützt; doch entgehen sie ihr wohl durch die größere Reinlichkeit, den regelmäßigen Gebrauch von Seife usw. Die Übertragung erfolgt auf alle mögliche Weise: gemeinsam benutzte Kleider, Schlafstätten. Der von Tilbury Fox 1874 zum ersten Male als Ursache der Tinea imbricata nachgewiesene Pilz wurde von Manson als ein Trichophytonpilz beschrieben, der sich von unserem Trichophyton tonsurans durch die weniger zahlreichen Abschnürungen der meist langen Pilzfäden, durch die ovale Form der Gonidien und besonders durch ein viel massenhafteres Vorkommen der Pilzelemente in den Schuppen unterscheidet. Nieuwenhuis gelang es 1897, den Pilz der Tinea imbricata, eine Aspergillusart, rein zu züchten und durch Impfung von Kulturen die Krankheit auf Gesunde zu inokulieren. Der mikroskopisch-anatomische Befund des Verf.'s ergibt leichte entzündliche Erscheinungen der Papillarschicht, Verminderung des Pigmentes in der leicht verdickten Epidermis und eine Auflockerung der Hornschichten, in deren Spalten die Pilzmassen eingelagert sind. Die Differenzierung der Tinea imbricata vom Tropicalringworm der Engländer, der eine echte Trichophytie des Rumpfes ist, ergibt sich aus verschiedenen klinischen Unterscheidungsmerkmalen. Der Tropenringwurm bewirkt lebhafte Entzündungserscheinungen, die Tinea imbricata nicht; dementsprechend finden sich beim Tropenringwurm Bläschen, Nässen, Krusten oder Borken, während bei Tinea imbricata die Prognose quoad valetudinem günstig ist, muß sie quoad sanationem mit Vorsicht gestellt werden. Therapeutisch empfiehlt Verf. neben der Anwendung von Jodtinktur, von Schwefel- oder Schwefelteersalben besonders die Verwendung von Unnaschem Unguentum Chrysarobin. compos, und für hartnäckige Fälle die der Dreuwschen Salbe: Acid. Salicyl. 10,0, Ol. Rusci, Chrysarobin. āā 20,0, Sapon. virid., Vaselin. flav. āā 15,0. — Zwei photographische Aufnahmen von Fällen ausgedehnter Tinea imbricata schließen mit einem Verzeichnis der Literatur über Tinea imbricata die Arbeit.

Schourp-Danzig.

27) **Pityriasis rosea,** by Douglass W. Montgomery. (California State Journal of Medicine. 1906. April.)

Auf Grund von 38 Fällen bespricht Verf. ausführlich die Erscheinungsweise, Ätiologie und Differentialdiagnose der Pityriasis rosea, die er, trotzdem die Mehrzahl der Forscher sie für die kutane Manifestation einer konstitutionellen Störung hält, doch eher, besonders wegen ihrer großen Ähnlichkeit mit Seborrhoea annulata, den parasitischen Hautkrankheiten zurechnen möchte.

Th. Pulvermacher-Berlin.

28) **Über eine psoriatische Varietät des Favus der glatten Haut,** von E. Constantin und M. Boyreau. (Monatsh. f. prakt. Dermatolgie. XLIII. Nr. 10.)

Bei einer 45 jährigen Frau, welche wahrscheinlich schon sehr lange an Favus des Kopfes uud der Haut litt, fanden sich die typische Form des Favus, der Favus erythemato-squamosus, der Favus herpeticus und psoriasisartige Flecke. Die Beobachtung des Falles zeigt, gestützt auf mikroskopische Untersuchungen, daß der Favus auf der glatten Haut Formen annehmen kann, welche das Beiwort „psoriasisartig" vollauf verdienen, und daß diese Formen den Achorion zum Urheber haben. Auch die mikroskopischen Ver-

änderungen, welche dieser Parasit veranlaßt, können so oberflächlich bleiben, daß man auch sie als „psoriasiform" bezeichnen möchte. Schourp-Danzig.

Neuritische Dermatosen.

29) **The motor complications of herpes zoster,** by Hewlett. (California State Journal of medicine. 1906. April.)

Der symptomatische Zoster geht oft mit motorischen Läsionen einher, wogegen Lähmungen im Gefolge des spezifischen Zosters selten sind und außer den Augennerven namentlich den Fazialis befallen. Zwei ausführlich mitgeteilte Beobachtungen von Fazialis-Paralyse im Anschluß an Zoster des Nackens im Verein mit 23 ähnlichen Fällen aus der Literatur lehren, daß die motorischen Komplikationen des Herpes zoster mit Vorliebe ältere Personen (Durchschnittsalter dieser Kranken 48 Jahr) heimsuchen, während das Hauptkontingent zum Zoster im allgemeinen die noch nicht 20jährige Jugend stellt. Th. Pulvermacher-Berlin.

30) **Pruritus als Initialerscheinung des Herpes zoster,** von Bettmann. (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 19.)

Verf. berichtet zwei Beobachtungen, denen folgende Eigentümlichkeiten gemeinsam sind: 1) es entstand bei den Kranken ein Pruritus von ganz besonderer, zosterähnlicher, Lokalisation; 2) dieser Pruritus bestand längere Zeit, bis schließlich in dem affizierten Hautbezirke tatsächlich ein Herpes zoster auftrat; 3) mit dem Ablauf des Herpes zoster verschwand der Pruritus. Diese Entwickelung veranlaßt, in beiden Fällen eine Beziehung des Pruritus zum Zoster anzunehmen, die schon deshalb beachtenswert erscheint. weil ein derartiges Hautjucken im Gegensatze zu anderen sensiblen Störungen keineswegs einen gewöhnlichen Vorläufer des Herpes zoster darstellt.

Schourp-Danzig.

31) **Zona et tuberculose,** par Conor. (Gaz. des hôpitaux. 1906. Nr. 54.)

In der Literatur gibt es zahlreiche Fälle von Zona bei Tuberculosis pulmonum, jedoch handelte es sich meist um ein vorgeschrittenes Stadium letzterer. Nach neueren Beobachtungen scheint jedoch die Zona unter Umständen als ein prämonitorisches Symptom der Tuberkulose gelten zu sollen. Verf. beschreibt einen Fall von Orchitis tuberculosa, bei dem im 3.—4. Intercostalraum eine Zona entstand, die sich bis zum 7. ausbreitete, aber einseitig blieb. In den Bläschen fanden sich keine charakteristischen Bakterien. Verf. hält es für wahrscheinlich, daß in diesen Fällen die Tuberkelbazillen oder die Toxine derselben das centrale oder periphere Nervensystem angreifen. Auch in einer Anzahl Fälle von sogen. chirurgischer Tuberkulose ist Zona beobachtet worden. Paul Cohn-Berlin.

32) **Sur la présence du signe de Kernig dans le zona,** par R. Belbeze. (Archives générales de médecine. 1906. Nr. 9.)

Verf. hat bei zwei von seinen 19 Fällen von Zona das Bestehen des Kernigschen Zeichen deutlich konstatiert. Es verschwand wenige Tage nach dem Auftreten der Bläscheneruption. Verf. sieht es als ein Symptom centralen Ursprungs an und ist geneigt, es zur Erklärung des centralen Ursprungs der Zona heranzuziehen. Paul Oppler-Breslau.

33) **Pruritus und Indikanurie,** von Spiethoff. (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 47.)

Bei einem Falle von Pruritus wurde ständig ein abnorm hoher Indikan-

gehalt des Urins festgestellt. Die Einnahme verschiedener Darmdesinfizientien ergab keine Abnahme des Indikans und kein Nachlassen des Pruritus. Als Ursache des hohen Indikangehaltes wurde eine Achylia gastrica gefunden. Dem Kranken wurde nunmehr zu jeder Mahlzeit Salzsäure gegeben. Darauf sank der Indikangehalt langsam, aber stetig; mit dem Indikan verschwand ebenso allmählich der Pruritus. Als der Patient aber eigenmächtig die Salzsäureeinnahme ausließ, stellte sich unter heftigen Prurituserscheinungen wieder eine starke Vermehrung des Indikans im Urin ein. Unter wieder aufgenommener Salzsäurebehandlung trat Nachlassen von Pruritus und Indikanurie ein.

Schourp-Danzig.

34) **Über Pruritus als Symptom der Basedowschen Krankheit,** von A. Bertels. (St. Petersburger med. Wochenschrift. 1906. Nr. 33.)

An der Hand eigener Beobachtungen und gestützt auf Literaturangaben (Neisser, Mikuliez) sucht Verf. nachzuweisen, daß der Pruritus ein zwar seltenes, aber praktisch beachtenswertes Symptom der Basedowschen Krankheit ist. Er ist wahrscheinlich durch den chemischen Reiz der im Blut im Übermaß vorhandenen, möglicherweise auch noch qualitativ veränderten Absonderungsprodukte der Schilddrüse zu erklären. Der Pruritus bei der Basedowschen Krankheit würde dann ein vollständiges Analogon bilden zu dem bei Icterus und Diabetes vorkommenden.

S. Prissmann-Libau.

35) **Ein Fall von Pruritus vulvae geheilt durch blaues Bogenlicht,** von E. Rothschuh. (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 40.)

Eine 42 jährige Frau litt seit 6 Wochen an heftigem Jucken an den Genitalien, gegen welches eine Menge therapeutischer Maßregeln nutzlos waren. Es wurde aus 2 m Entferung der Scheinwerfer (15 Ampière Stromstärke) mit der Blendscheibe appliziert, so daß sich der Brennpunkt der Reflektorstrahlen etwa in $^1/_4$ m Entfernung vor den auf dem Untersuchungsstuhl ausgebreiteten Schenkeln der Patientin befand. Die Applikation wurde in der Dauer von 15 Minuten 12 mal angewandt, wonach die Patientin sich vollkommen wohl fühlte, gut schlief und keinerlei Entzündungserscheinungen der Genitalgegend mehr aufwies. Ob ein Rückfall eintrat, berichtet Verf. nicht.

Schourp-Danzig.

36) **La prurigine d'Hebra,** pel Emilio Decco. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1906. Nr. 4.)

Aus 10 Fällen von Hebrascher Prurigo, an denen Verf. genaue Stoffwechseluntersuchungen vornehmen konnte, wird der Schluß gezogen, daß die Krankheit auf einer angeborenen oder hereditären Grundlage entsteht, beständig mit Toxämie verläuft und gleichzeitig mit einer vasomotorischen wie sensiblen Neurose verknüpft ist, so daß der Pruritus und die anatomische Läsion nebeneinander entstehen.

Dreyer-Köln.

37) **Pseudo-contagion et fausses epidémies,** par Jacquet. (Bullet. de la Soc. franç. de Dermatol. et de Syphiligraphie. 1906. Jan. u. Febr.)

In der Lehre von der Ätiologie der Alopecia areata stellt sich Verf. streng auf den Standpunkt der Nichtkontagiosität. Meistens sei der kreisförmige Haarschwund verursacht durch Neuritiden, die oft von kariösen Zähnen ausgingen.

Amende-Bamberg

Gonorrhoe.

38) **Traitement des suppurations chroniques prostatiques et périprostatiques,** par Desnos. (Annales d. malad. d. org. genit.-urin. 1906. Nr. 5.)

Wenn bei Prostatitis, die nach Gonorrhoe, bei infizierten Strikturierten, durch Katheterinfektion bei Prostatahypertrophie entstanden war, die Eiterung, anstatt sich zurückzubilden, im Laufe der Jahre aus einer intraprostatischen Caverne in das retroprostatische, subvesikale und perirektale Bindegewebe übergegriffen hat, pflegen neben den Erscheinungen einer gewöhnlichen chronischen Prostatitis schwerer Art von Zeit zu Zeit Fieberanfälle mit den örtlichen Beschwerden akuter Prostatitis sich einzustellen. Verf. hat in einem derartigen Falle, in welchem außerdem chronische Retentio urinae bestand, von dem Schnitt der perinealen Prostatektomie aus die Eiterhöhlen sowohl innerhalb der Prostata, als auch in dem Gewebe zwischen Prostata und Mastdarm, Harnröhre, Blase unter Eröffnung auch der Harnröhre freigelegt und drainiert. Die Harnverhaltung, das bedrohlichste Symptom, welches jahrelanger Palliativtherapie getrotzt hatte, wurde geheilt.

Goldberg-Cöln/Wildungen.

39) **Ein Fall von Folliculitis cutis gonorrhoica,** von Carl Cronquist. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. LXXX. 1906. S. 43.)

Verf. beschreibt einen weiteren Fall von gonorrhoischer Erkrankung eines Haarfollikels am Leib. Von Sathos Fall unterscheidet sich der erhobene Befund, daß es hier infolge Berstung der Follikelwand zu einem perifollikulären Abszeß gekommen ist.

Löwenheim-Liegnitz.

40) **Ein kleiner Kunstgriff zur leichteren Passierung des M. sphincter externus urethrae,** von L. Loeblowitz. (Monatsh. f. prakt. Dermatologie. XLIII. Nr. 8.)

In dem Augenblicke, in welcher bei einer Manipulation der M. sphincter externus passiert werden soll, fordert Verf. den Patienten eindringlich auf, zu urinieren, bzw., da er dies nicht ausführen kann, solche Anstrengungen zu machen, als ob er in diesem Momente unbedingt den Urin lassen müßte. Dadurch wird natürlich der unwillkürlich stark kontrahierte Muskel willkürlich ganz oder teilweise entspannt. Außerdem wird hierdurch die Aufmerksamkeit des Kranken von dem Eingriffe abgelenkt, ein Umstand, der für die Verminderung der krankhaften Muskelspannung von Wichtigkeit ist. Mit diesem „Kunstgriff" ist man in der Lage, bei einer Urethritis chronica anterior et posterior, wenn keine weiteren Komplikationen bestehen und der Kranke aus irgend einer Ursache nicht ständig in Behandlung des Arztes sein kann, auch stärker konzentrierte Lösungen in die Pars posterior zu bringen. Janetsche Spülungen in Harnröhre und Blase gelingen mittels Anwendung des „Kunstgriffes" stets, ohne einen Sphinkterenkrampf zur Folge zu haben. Selbst Lapislösungen von 1 : 1500 mittels Irrigator oder Janetscher Handspritze lassen sich ohne Schwierigkeiten über den Muskel hinaus in die Blase einführen. Ebenso erleichtert der „Kunstgriff" die Einführung von Sonden und Knopfbougies, namentlich in solchen Fällen, in denen die Striktur sehr nahe dem Sphinkter sitzt. Vermag die Bougie nicht weiter vorzudringen, so kann dies entweder durch die Stenose oder durch den stark kontrahierten Muskel verursacht werden. Mit Hilfe des „Kunstgriffes" ist die Differantialdiagnose sehr leicht.

Schourp-Danzig.

41) **Über spezifische Immunkörper gegen Gonokokken,** von Carl Bruck. (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 34.)

Bei der Untersuchung von 6 Fällen von sicher gonorrhoischen Adnexerkrankungen fand Verf. in 2 Fällen spezifische Immunkörper im Blute, wie solche bisher noch nicht nachgewiesen werden konnten. Daß die Bildung

dieser Gonokokkenagglutinine völlig von derjenigen spezifischer Gonokokkenambozeptoren unabhängig ist, geht daraus hervor, daß, wenn Kanninchen mit lebenden Gonokokkenkulturen immunisiert werden, ein Serum gewonnen wird, das stark agglutinierende Werte zeigt, aber schwach ambozeptorenhaltig ist. Werden dagegen zur Immunisierung wässerige Gonokokkenextrakte benutzt, so tritt keine Spur von Agglutininen auf, dagegen erzielt man ein Serum, das einen hohen Ambozeptorengehalt gegenüber Gonokokken aufweist.

Schourp-Danzig.

42) **Über Agglutinine und spezifische Immunkörper im Gonokokkenserum,** von Th. Vannod. (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 49.)

Aus den Untersuchungen Verf.'s ergab sich, daß Gonokokkenserum, das Meningokokken agglutinierte, keine Immunkörper für die Kokken von Weichselbaum-Jäger und umgekehrt Meningokokkenserum keine Ambozeptoren für die Gonokokken besaß. Es läßt sich an Tieren durch Vorbehandlung mit Derivaten der Gonokokken ein hochwertig agglutinierendes Gonokokkenserum herstellen. Das Gonokokkenserum agglutiniert nicht Staphylokokken und Streptokokken, wohl aber Meningokokken (starke Gruppenagglutination); es besitzt einen erheblichen Agglutinationstitre auch für Meningokokken; es enthält spezifische Immunkörper (Ambozeptoren nach Ehrlich) für Gonokokken. Die Ambozeptoren des Gonokokkenserums werden von Meningokokken nicht gebunden. Die Methode des Nachweises spezifischer Ambozeptoren in vitro ist daher bei diesen Kokkenarten für diagnostische Zwecke der Agglutination anscheinend überlegen.

Schourp-Danzig.

43) **Traitement de l'épididymite blennorhagique par l'épididymotomie,** par Bazet. (Annales d. malad. d. org. génit.-urin. 1906. Nr. 9.)

Verf. (San Francisco) hat seit 8 Jahren bei 65 Patienten mit gonorrhoischer Epididymitis die Epididymis an der Cauda 3 cm weit in der Längsrichtung indiziert, die Knoten punktiert, und die Wände der eröffneten Höhlen mit der Skrotalhaut vernäht. Ichthyolglyzerintamponade, Karbolkompressen, Verband; Bettruhe 1 Woche; in dieser Zeit Heilung der Wunde. „Die Operation ist gutartig und soll gemacht werden, sobald die Affektion diagnostiziert ist." „Diese Operation ist ein Fortschritt betr. die Heilung der Epid. gonorrh." Mir scheint das eine unbewiesene Behauptung, und dieser Eingriff bei der unkomplizierten Epididymitis durchaus überflüssig.

Goldberg-Köln/Wildungen.

44) **Traitement de la blennorhagie chronique par les instillations de nitrate d'argent suivies de l'introduction d'un cathéter en zinc,** par Balzer et Tansard. (Annales d. malad. d. org. génit.-urin. 1906. Nr. 9.)

Die Methode wird folgendermaßen ausgeführt: Man macht eine Instillation von 10—20 Tropfen 1—2 % Höllensteinlösung in die Harnröhre, mit Hilfe der Guyonschen Instillationskatheter aus Gummi. Unmittelbar darauf führt man ein in destilliertem Wasser ausgekochtes, mit Vaselin eingefettetes Zinkbougie ein und beläßt es solange in der Harnröhre, bis sich eine Schwarzfärbung des am Orificium sich auspressenden Vaselin zeigt; das dauert in der Regel 1—2 Minuten. Die Wirkung beruht auf der chemischen Reaktion zwischen dem salpetersauren Silber und dem Zink; zunächst besteht sie in der Bildung von salpetersaurem Zink und metallischem Silber; infolge der Dazwischenkunft des eiweiß- und chlorhaltigen Gewebes bildet sich auch noch Silberalbuminat, Chlorsilber und Chlorzink. Auf die Schleimhäute gebrachter Höllenstein wird nicht ganz und nicht sofort zersetzt; der frei gebliebene dient eben zu der Zinkreaktion. Das salpetersaure Zink ätzt in hohem Grade;

die Berührung des 16—20 Charrière dicken Bougies gewährleistet die Einwirkung auf alle Stellen der Urethra. Angezeigt ist die Methode bei allen chronischen, anterioren und posterioren, gonorrhoischen und nicht mehr gonorrhoischen Urethritiden. Die Verff. haben 13 solcher Fälle in 10—20 2 bis 3 tägigen Sitzungen zur Heilung gebracht. Goldberg-Köln/Wildungen.

Syphilis.

45) **Histologische Untersuchungen über das Vorkommen der Spirochaete pallida in Geweben,** von K. Sakurane-Osaku. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. LXXXII. 1906. S. 226.)

Verf. wies in 7 von 9 syphilitischen Kindern und Föten Spirochäten nach. Die beiden negativen Resultate beziehen sich auf zwei stark in Fäulnis übergegangene Früchte. Nachgewiesen wurden Spirochäten in Lunge, Leber. Milz, Niere, Nebennieren, Hoden, Knochenmark, Nabelschnur und Lendenmuskulatur. Die Spirochätenmenge scheint mit dem Alter der Erkrankung abzunehmen, andererseits kann das Vorhandensein großer Mengen von Spirochäten in fünf unveränderten Organen als der Druck einer langen Inkubation aufgefaßt werden. Die Mikroben fanden sich meist extrazellulär entlang den Gefäßen oder im Bindegewebe in der Richtung der Fasern. Bei Lues äcquisita ließen sich Spirochäten nur in nässenden Papeln nachweisen, deren Oberfläche besonders sehr viele derselben enthält.

Löwenheim-Liegnitz.

46) **Beiträge zur Spirochätenfrage,** von Karl Löwy. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. LXXXI. 1906. S. 107.)

Verf. hält die bei den Spirochäten beschriebenen Körperchen für Kunstprodukte, Schleifenbildungen, Umschlagen des Spirochätenendese, Spaltbildung als Einleitung von Längsteilungen usw. Charakteristisch sind für die Spirochaete pallida die Geiseln, welche sich ganz deutlich mit der Giemsa-Färbung nachweisen lassen. Die Löfflersche Färbung zeigte bei der Pallida einen centralen, scheinbar septierten gefärbten Faden mit umgebender ungefärbter Spirale, während bei der Refringens die undulierende, von Schaudinn beschriebene Membran sich deutlich wiedergibt. Die Spiralenform und ein besonders geringes Lichtbrechungsvermögen unterscheiden die Pallida von allen anderen Arten. Immerhin gibt es auch Formen, Pseudopallidae, welche der Pallida außerordentlich ähneln, z. B. bei der Framboësia tropica. Bei der Untersuchung der Organe von drei hereditär luetischen Kindern fanden sich die Spirochäten fast stets entsprechend der Ausbreitung der Erkrankung, in den nicht spezifisch erkrankten Organen jedoch nur wenige oder gar keine dieser Mikroben. Das Vorkommen derselben im nahezu intakten Gewebe kann so erklärt werden, daß man eine Ausbreitung kurz vor dem Tode annimmt. Löwenheim-Liegnitz.

47) **Experimentelle Untersuchungen über Syphilis.** Erste Mitteilung. Von Francesco Simonelli und Ivo Bandi. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. LXXIX. 1905. S. 209.)

Die Verf. impften erfolgreich einen Semnopithecus mit Syphilis, ohne jedoch typische Spirochäten nachweisen zu können. Löwenheim-Liegnitz.

48) **Untersuchungen über Spirochaete pallida,** von Alfred Kraus. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. LXXXII. 1906. S. 39.)

Verf. fand in 9 Fällen von Sclerosis initialis 3 mal in der Tiefe des

Gewebes im ausgedrückten Serum die Spirochaete pallida, während dieselbe bei der Untersuchung von 31 Fällen von Lues condylomatosa nur 6 mal fehlte und zwar im Oberflächensekret. Negativ war das Ergebnis der Untersuchung des Gewebssaftes einer sklerosierten Inguinaldrüse, sowie von 7 Fällen von Lues gummosa. Bei drei sicher kongenital luetischen Kindern konnten in den Ausstrichpräparaten einer Reihe von Organen Spirochäten nachgewiesen werden, was auch durch Schnittpräparate durch Loewy seine Bestätigung fand. Zahlreiche Kontrolluntersuchungen zeigten, daß Spirochäten den nicht syphilitischen Produkten fehlen, wenn auch ähnliche Mikroorganismen in spitzen Kondylomen sowie besonders in Karzinomen (13 Fälle von Löwy) sich finden.

Löwenheim-Liegnitz.

49) **Über ein Anreicherungsverfahren für gewisse Spirochätenarten mit Bemerkungen zu ihrer Biologie,** von Alfred Kraus. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. LXXX. 1906. S. 255.)

Verf. brachte Sekret einer Balanoposthitis und eines Peniskarzinoms, welches letztere außer Spirochäten vom Refringens Typus noch sehr der Pallida ähnliche Spirillen enthielt, in Bouillon in den Brütofen bei 37°, wodurch eine reichliche Zunahme der Mikroben erzielt wurde, während zugleich Involutionserscheinungen, vermutlich durch Aufquellung, auftraten. Die Windungen waren ganz oder teilweise verschwunden, die spitzen Enden stumpf geworden. Riesen und Teilungsformen traten auf und schließlich kam es zu Zerfallsprodukten, welche sich durch Schütteln der Nährmedien vermehrten. Eine weitere Übertragung der angereicherten Spirochäten gelang niemals, wenn 24 Stunden verflossen waren.

Löwenheim-Liegnitz.

50) **Über die Beziehungen der Spirochaete pallida zur kongenitalen Syphilis, nebst einigen Bemerkungen über ihre Lagerung im Gewebe bei akquirierter Lues,** von A. Buschke und W. Fischer. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. LXXXII. 1906. S. 63.)

Die Verff. untersuchten die Organe von fünf kongenital syphilitischen Kindern und einige Produkte akquirierter Syphilis hauptsächlich nach der Methode von Levaditi. In Fall 1 waren Spirochäten in Milz, Leber und Papeln der Haut nachzuweisen, während des Lebens auch im Blute, nach Eintritt syphilischer Symptome; in Fall 2 in Milz, Leber und Nebenniere reichlich, weniger reichlich in der Niere; bei Fall 3 in der Milz weniger zahlreich als in der Lunge, Leber und Niere. Die Lunge war trotz massenhaft vorhandener Spirochäten sonst pathologisch nicht verändert. In der Niere ließen sich in den von Metschnikoff als Makrophagen bezeichneten Elementen mit Sicherheit zu einer Kreislinie zusammengerollt intrazelluläre Spirochäten nachweisen. Im 4. Fall ließen sich in dem hochgradig veränderten Herzen und in der nicht entkalkten oberen Epiphyse sehr viele Spirochäten auffinden. Frei waren Nieren, Nebennieren und Milz, während die anderen Organe, Leber, Pankreas und Lunge mehr oder weniger dieser Mikroben enthielten. In den Hautpapeln waren sie schon intra vitam gefunden worden, die sich auch bei dem Kinde schon während des Lebens im Blut nachweisen ließen, obwohl zu dieser Zeit klinisch nachweisbare Symptome nicht bestanden hatten. Nach dem Tode waren Spirochäten sehr reichlich in den Nebennieren sowie in Lympdrüsen, spärlich in Leber, Milz und Urin, trotzdem Harnblase und Niere frei waren. Der Nachweis von Spirochäten in der Leistendrüse der anscheinend gesunden Mutter eines syphilitischen Kindes, welche nie Manifestationen von Lues gehabt haben soll, weist darauf hin, daß

manche Fälle, welche unter das Collessche Gesetz subsummiert zu werden pflegen, doch als latent syphilitische aufgefaßt werden müssen. Nach diesen Befunden halten die Verff. es für sicher, daß die Spirochaete pallida in ätiologischer Beziehung zur kongenitalen Syphilis steht und sich namentlich in auch sonst pathologisch veränderten Organen findet, doch können auch anscheinend histologisch unveränderte Organe mit Spirochäten geradezu überschwemmt sein (Ausbreitung in der Agone oder nach dem Tode). Die Infektion ist eine hämatogene von der vermutlich selbst erkrankten Placenta aus, weshalb die Leber in erster Linie befallen wird. Bei älteren Personen, namentlich bei Bindegewebsvermehrung oder in Nekrosen verschwinden die Organismen. In den Organen von Kindern, welche früher an Lues gelitten hatten, jedoch erst einige Zeit nach Abheilung der Symptome verstorben waren, wiesen die Untersuchungen nur negative Resultate auf. Von den Verff. sind Spirochäten am häufigsten im Lumen von Blut und Lymphgefäßen gefunden worden. In Infiltraten finden sich, besonders aber in Primäraffekten, nur wenige Spirochäten, während sie in der Peripherie der Infiltrate recht zahlreich sein können. In ganz frischen Veränderungen, z. B. der Arteriitis sind sie mehrfach vermißt worden. In einem 17 Jahre post infectionem auftretendem Gummi konnten die Verf. durch Impfung auf einen Makakus einen Primäraffekt erzielen. In 5 Fällen von maligner Syphilis hingegen ließen sich Spirochäten nicht nachweisen. Löwenheim-Liegnitz.

51) **Über das Vorkommen der Spirochaete pallida bei kongenitaler Syphilis,** von B. Entz. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. LXXXI. 1906. S. 79).

Verf. untersuchte die Organe von fünf hereditär luetischen Kindern, in denen sich sämtlich Spirochäten nachweisen ließen. Hingegen mißlang der Nachweis in der Placenta eines im 4. Monat erfolgten Aborts, welche zahlreiche weiße Infarkte aufwies sowie im Pankreas eines Fötus, der außer einer interstitiellen Pankreatitis keine Zeichen von Lues zeigte. Die Form der Spirochäten war stets charakteristisch (14—20 steile Windungen), ihre Dicke jedoch infolge verschiedener Durchdringbarkeit der Gewebe bisweilen verschieden. Mit den schroff oder leicht gebogenen oder geraden Neurofibrillen können die Spirochäten gar nicht verwechselt werden. Das Vorkommen von Spirochäten innerhalb der Blutgefäße, das Fehlen im normalen Gewebe, die große Menge in den Geweben kongenital luetischer Neugeborener sprechen für ihre ätiologische Natur. Auffallend ist das fast konstante Fehlen in Schnitten des Primäraffektes Erwachsener. Zu fehlen scheinen die Spirochäten an Stellen, wo eine vegetative Reaktion vorhanden ist, z. B. in der Milz und im Granulationsgewebe. Auffallend ist auch, daß häufig die Zahl der Spirochäten in keinem Verhältnis zur Schwere der Erkrankung steht, besonders eine kolossale Zahl in fast intakten Organen. Besonders aufmerksam macht Verf. auf seine positiven Befunde im Bindegewebe des Herzens und im Herzmuskel. Auch vertritt er die Ansicht, daß das Pankreas bei schwerer hereditärer Lues stets erkrankt sei. Wichtig erscheint ferner der Befund, daß sowohl in den Zellen der Drüsenausführungsgänge wie in diesen selbst Spirochäten sich finden, so daß die Infektiosität der Drüsensekrete sehr wahrscheinlich ist, wenigstens bei kongenitaler Syphilis. Löwenheim-Liegnitz.

52) **Ein seltener Fall von Leukoderma syphiliticum,** von Leopold Loew. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. LXXXII. 1906. S. 241.)

Verf. beschreibt einen Fall von Leukoderma syphiliticum der Schamgegend einer Patientin, die ebendaselbst noch syphilitische Erscheinungen darbot.

Durch eine Injektionskur blieb das Leukoderma unbeeinflußt, während die Syphilis natürlich abheilte. Löwenheim-Liegnitz.

53) **Beiträge zur Klinik und Histologie der nodösen Syphilide**, von G. Scherber. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. LXXIX. 1906. S. 163.)

Im Anschluß an die Veröffentlichungen Fingers, Marcuses, Hoffmanns u. a. beschreibt Verf. 2 Fälle von nodösem Syphilid. Bei der einen Patientin, welche im ersten Jahre der Erkrankung stand, traten unter Fieber hauptsächlich an den unteren Extremitäten, jedoch auch an einem Ellenbogen Infiltrate auf, welche teilweise spontan, teilweise unter Jodtherapie heilten, zum Teil aber auch exulzerierten. Benerkenswert ist, daß die Patientin frei von Varicen war. Die Infiltrate waren, wie das auch sonst zumeist beschrieben wurde, bei der anderen im dritten Jahre der Erkrankung stehenden Patientin auf die unteren Extremitäten beschränkt. Histologisch war in dem ersten Falle eine Wanderkrankung sämtlicher Gefäße der Subcutis zu beobachten, während es bei der anderen Patientin sich hauptsächlich um eine Arteriitis in der Subcutis handelte. Bemerkenswert war bei dem letzteren Falle, daß die Herde durchaus keine Zeichen gummösen Zerfalls aufwiesen, obwohl gleichzeitig gummös zerfallende Drüsen vorhanden waren. Löwenheim-Liegnitz.

54) **Die Behandlung der Syphilis mit Mercuriolöl-Injektionen**, von Leopold Glück. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. LXXIX. 1906. S. 231.)

Verf. empfiehlt die Behandlung der Syphilis mit Mercuriolöl ganz besonders, weil die Injektionen so gut wie schmerzlos und sicher, wenn auch etwas langsamer als Sublimateinspritzungen wirken. Embolien wurden einige Male beobachtet, während Quecksilberexantheme, Diarrhöen und Fieber verhältnismäßig sehr selten auftraten. Häufiger war Stomatitis, die auch in schwereren Fällen zu beobachten war, was aber bei dem schlechten Zustand des Gehirns der bosnischen Bevölkerung erklärlich ist. Besonders wichtig ist, daß Rezidive und Nachschübe bei der Mercuriolbehandlung außerordentlich selten vorkommen. Nicht anwendbar ist sie, wenn es sich darum handelt, syphilitische Erscheinungen, welche wichtige Organe bedrohen, schnell zu beseitigen. Löwenheim-Liegnitz.

55) **Zur Frage der Behandlung der Syphilis. Mit besonderer Berücksichtigung intravenöser Sublimatinjektionen**, von Carl Marcus und Edvard Welander. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. LXXIX. 1906. S. 213.)

Die Verff. berichten zunächst über intravenöse Sublimatinjektionen (Sublimat 1,0, Chlornatrium 3,0, Aq. dest. 100,0). Gewicht ist darauf zu legen, daß die Kanüle im Lumen der Vene selbst liegt, wovon man sich durch Aspiration überzeugen kann, da sonst sehr schmerzhafte Infiltrate entstehen. Aber auch mit dieser Vorsichtsmaßregel entsteht durchweg eine Verdickung peripher von der Einstichstelle, so daß man, um die Kur bis 30 Injektionen, täglich je eine, durchführen zu können, möglichst peripher in die subkutanen Venen der Arme einzuspritzen hat. Wie die Prüfung des Quecksilbers im Urin ergab, wirken die intravenösen Injektionen außerordentlich schnell, das Quecksilber verschwindet aber auch bald aus dem Körper. Dabei sind die Unbequemlichkeiten dieser Kur doch recht groß. Die Injektionen mit Mercuriolöl, welche nie Infiltrate herbeiführen, wirken ziemlich langsam. Die Remanenz des Quecksilbers bei dieser Methode ist aber eine sehr lange. Um den Beginn der Resorption von Syphilisprodukten zu beschleunigen, gibt Welander bei der Mercuriolkur (3 Injektionen) gleichzeitig Hg-Säckchen. Löwenheim-Liegnitz.

56) **Zur Frage der Absonderung des Quecksilbers durch den Harn**, von Edvard Welander. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. LXXXII. 1906. S. 163.)

Verf. kritisiert nach kurzer Wiedergabe seiner früheren Veröffentlichungen über die Absonderung des Quecksilbers sowie der Arbeiten anderer Autoren die quantitativen Untersuchungen Bürgis, indem er deren geringe Anzahl bemängelt und sie auch nur als approximative auffaßt. Seine Untersuchungen dagegen seien, wenn auch zumeist nur approximativ doch durch ihre große Zahl beweisend. Während die 5 Fälle von Schmierkur Bürgis nichts neues lehrten, waren die Resultate bei den beiden Patienten mit Merkolintschürzen deshalb nicht beweisend, weil diese Schürzen viel zu lange getragen worden seien, weshalb natürlich die Quecksilberresorption nachgelassen habe. Auch sei die Behandlung mit Quecksilbersäckchen, die Bürgi gar nicht untersucht, viel stärker. Gelegentlich einiger Bemerkungen über die Einatmung von Quecksilber kommt Verf. auf die Nasen-Quecksilberkur von Thalmann zu sprechen, bei welcher trotz der unbedeutenden Verdunstungsfläche eine gute Quecksilberaufnahme erzielt wird. Die Untersuchungen Bürgis über interne Verabreichung von Hydrargyrum, welcher er einen großen Wert beimißt, hält Verf. wegen ihrer geringen Zahl nicht für beweiskräftig. Außerdem ist eigentlich, abgesehen von einem nur 5 Tage beobachteten Fall, nur Calomel geprüft worden, bei dessen Verwendung die nachgewiesenen Quecksilbermengen durchaus nicht groß zu nennen sind. Die Untersuchungen bezüglich intravenöser Sublimatinjektionen sowie der Injektionen mit löslichen Quecksilberpräparaten gaben beiden Autoren dieselben Resultate. Während Bürgi für die unlöslichen Quecksilbersalze, das Merkuriolöl nimmt er aus, den Typus aufstellt, daß gleich an dem Tage der Einspritzung die größte Menge Quecksilber ausgeschieden werde, um dann allmählich bis zur nächsten Einspritzung abzusinken, durch die dann wieder eine neue Vermehrung eintritt, glaubt Verf. seine frühere Ansicht aufrecht halten zu dürfen, wonach die Quecksilbermenge zunächst langsam ansteigt und dann meist eine ziemlich bedeutende ist und lange Remanenz hat. Nur betreffs des salizylsauren Quecksilbers gibt er Bürgi Recht. Hingegeu ist gerade das Oleum Mercuriole nach Verf. ein besonderer Typus der unlöslichen Präparate, mit sehr langsamer Absorption und sehr langer Remanenz. Die Ausnahme, welche das salizylsaure Quecksilber macht, basiert darauf, daß es sich sehr leicht in eiweißhaltenden Flüssigkeiten (Serum) löst und daher den löslichen Hg-Salzen ähnelt. Daß direkte Beziehungen zwischen Harnabsonderung und Quecksilberelimination bestehen, bestreitet Verf., wenn auch vorsichtig, im Gegensatz zu der Behauptung Bürgis. Zum Schluß präzisiert Verf. nochmals seine Ansicht über die verschiedenen Anwendungen des Quecksilbers. Bekannt ist ja, daß er die übliche Schmierkur verwirft.

Löwenheim-Liegnitz.

57) **L'apoplexie hépatique dans la syphilis. Considérations sur les ruptures spontanées du foie**, par E. Devie et L. Beriel. (Annales de dermatologie et de syphilis. VII. 1906. Nr. 7.)

Neben den häufigen traumatischen Verletzungen der Leber gibt es eine Gruppe seltener vorkommender spontaner Rupturen. Diese sind eine Folge heftiger und massenhafter intraparenchymatöser Hämorrhagieen und können eine ausgesprochene Leberapoplexie erzeugen. Die hepatische Apoplexie wird durch das Zerreißen von Gefäßen oder durch einen hämorrhagischen Infarctus bewirkt. Die Syphilis, welche so häufig Gefäßschädigungen hervorbringt, ist

oft die Grundursache solcher scheinbar unerklärlicher Katastrophen und sollte in jedem einschlägigen Falle in Betracht gezogen werden. Zahlreiche Krankenberichte veranschaulichen die eingehenden Beobachtungen des Verf.'s J.

Krankheiten des Urogenitalapparates.

58) **Über einen Fall von Hämaturie, geheilt durch Helmitol,** von Marerch. (Ärztl. Central-Zeitung. 1906. Nr. 9.)

Nachdem Verf. alle möglichen Mittel angewandt, auch Blasenspülungen nur einen vorübergehenden Erfolg gezeitigt hatten, wandte Verf. bei dieser Hämaturie infolge von Papilloma vesicae Helmitol mit vollständiger Wirkung an.

J.

59) **Abdominal and vaginal ureter fistula closed by catheter left in iujured ureter for thirteen days,** by F. Kreissl. (American Journ. of Urology. 1906. Juli.)

Infolge einer schwierigen Uterusexstirpation war eine rechtsseitige Uretervaginalfistel entstanden. Bei der 14 Tage nach der Operation vorgenommenen Cystokopie erwies sich die Blase als normal, die rechte Ureterenmündung war weit geöffnet und völlig bewegungslos; er führte nun einen Ureterkatheter (Nr. 7) bis zum Nierenbecken ein, ließ ihn 13 Tage liegen, ohne daß die Patientin irgendwelche Beschwerden empfand; es wurden täglich mehrmals antiseptische Irrigationen des Nierenbeckens und der Blase ausgeführt. Die Fistel war bereits nach 10 Tagen geheilt, die rechte Uretermündung zeigte dann auch wieder ihre rhythmischen Kontraktionen. Eine erneute Untersuchung nach 16 Monaten ergab völlige Gesundheit der Patientin.

Schiftan-Berlin.

60) **Ein Beitrag zur Behandlung der Impotenz,** von T. Poyntz Wright. (Monatsber. f. Urologie. XI. Nr. 9.)

Verf. lobt auf Grund zweier günstiger Erfahrungen das Muiracithin als gutes Mittel zur Bekämpfung der psychischen Impotenz, über das auch von anderen Autoren günstige Erfolge verzeichnet sind.

Walter Schneider-Königsberg.

61) **Cystotomia suprapubica bei einem 5monatlichen Kinde,** von Mendès. (Annales d. malad. d. org. genit.-urin. 1906. Nr. 18.)

Verf. führte zur Entfernung eines Phosphatblasensteins die Cystotomia suprapubica mit dem Erfolg einer Heilung in 5 Tagen (primäre Blasennaht, Verweilkatheter) aus. Die leichte Zugänglichkeit durch hohe abdominale Lage der kindlichen Blase und die Kleinheit der Harnröhre sind die Gründe, aus welchen bei Kindern die Lithotomie der Litholapaxie vorzuziehen ist.

Goldberg-Köln/Wildungen.

III. Therapeutische Notizen.

Hämorrhoiden mit juckenden, stark schmerzhaften Knoten:

1)

Rez.	Chrysarobin	0,8
	Jodoform	0,3
	Extr. Belladonn.	0,6
	Vaselin.	15,0

M.f.ungt. Mehrmals aufzustreichen.

(Cohnheim, Centralbl. f. d. ges. Tperapie. 1906.)

J.

Gegen Jodismus:

2) Rez. Beta-Sulfopyrin 1,0
D. tab. dos. Nr. X.
S. 3—4mal tägl. 1 Pulver.

J.

Thiosinamin:

3) Rez. Thiosinamin 1,0
Glyzerin 2,0
Aq. dest. ad 10,0
S. Tägl. 1 Pravazsche Spritze zu injizieren.

IV. Vereinsberichte.

Berliner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 11. Dezember 1906.

Diskussion über die Behandlung des Lupus vulgaris:

Im einleitenden Referat weist Blaschko darauf hin, daß die ganze Lupustherapie in den letzten 20 Jahren von Grund aus geändert ist. Während früher jeder einzelne Herd aufgesucht und zerstört wurde, macht man jetzt erhebliche Unterschiede, je nachdem es sich um einzelne cirkumskripte Herde, oder um flächenhafte Erkrankung handelt. Die wichtigsten Methoden sind: 1) die Totalexstirpation, die sich besonders für kleine Herde eignet und hier, mit Anlegung einer Naht, meist sehr gute Resultate, auch in kosmetischer Hinsicht, gibt. Nicht zu empfehlen ist die Methode bei größeren Herden, insbesondere mit Beteiligung der Schleimhäute, da hier die Transplantation schwer anwendbar und die kosmetischen Effekte sehr zweifelhaft sind; der Eingriff läßt sich gewöhnlich ohne Narkose, mit Schleichscher Infiltration, vornehmen. 2) Die Finsen-Methode; eignet sich besonders für mittelgroße Herde und gibt vielfach gute Heil- und kosmetische Resultate. Bei Lokalisation am Ohr, Auge, Nasen- und Mundschleimhaut ist sie schwer andwendbar. Für größere Herde ist sie sehr langdauernd, wie sie überhaupt große Opfer von Arbeitszeit und Geduld von seiten des Arztes und Patienten erfordert; für die ambulante Behandlung eignet sie sich kaum. Über die Quarzlampe, die von Kromayer als Ersatz der Finsen-Lampe angegeben ist, liegen noch nicht genügende Erfahrungen vor. 3) Die Holländersche Heißluftbehandlung, eignet sich besonders bei Fortsetzung der Erkrankung auf das Ohr und die Schleimhäute; sie ist sehr schmerzhaft, deshalb meist Narkose und klinische Behandlung notwendig. 4) Die Röntgen-Behandlung; bietet den Vorteil, daß in verhältnismäßig kurzer Zeit die Herde freigelegt werden, doch ist sie unsicher, es bleiben gewöhnlich Herde zurück, die mit anderen Methoden nachbehandelt werden müssen. 5) Die chemischen Methoden, die besonders für den praktischen Arzt brauchbar und bei genügender Geduld recht gute Resultate zeitigen. Vortr. bevorzugt zwei Medikamente, die Kalilauge, die schnell, und die Pyrogallussäure, die langsamer wirkt, auch sind beide nacheinander anwendbar; für kleine, zurückbleibende Herde eignet sich das Radium. 6) Die internen Mittel; vom Cantharidin hat B. keinerlei Erfolge gesehen. Das Tuberkulin ist ein gutes Palliativum, und gibt, kombiniert mit lokaler Behandlung, vielfach gute Resultate. Im allgemeinen

lassen sich die Indikationen nicht streng begrenzen, in jedem Falle muß streng individualisiert werden. Nach Ansicht des Vortr. sind in der Behandlung des Lupus derartige Fortschritte gemacht worden, daß die schweren Fälle wahrscheinlich in absehbarer Zeit verschwinden werden.

Die Diskussionsredner weichen nicht erheblich von den Ausführungen des Ref. ab:

Bei den kleinsten Herden hat Lesser die besten Resultate der Finsen-Behandlung gesehen; bei den großen Herden ist die operative Therapie wegen der schlechten kosmetischen Resultate kontraindiziert. Bei den chemischen Mitteln ist noch die mit Chlor gesättigte Salzsäure, bei den inneren das Arsen zu erwähnen.

Rosenthal hat von der Röntgen-Behandlung noch gute Resultate gesehen, wo Finsen und die Operation nicht anwendbar waren. Auffallend ist die Differenz zwischen den Statistiken von Finsen mit 95% und den anderen mit etwa 30% Heilungen.

Holländer bezeichnet als Domäne für die Heißluftbehandlung die Fälle, die von der Nasenschleimhaut ausgehen. Er bespricht andere, jetzt meist verlassene Methoden, das Glüheisen, die Flamme, die Sonnenstrahlen. Bemerkenswert ist der ungünstige Einfluß, den die Gravidität auf den Lupus ausübt.

Schulz schildert einige technische Kunstgriffe für die Finsen-Behandlung; letztere habe in Kopenhagen vielleicht deshalb bessere Statistiken, weil die Patienten dort in besonders gute hygienische und Ernährungsverhältnisse gesetzt werden. Die Tuberkelbazillen werden nach seinen umfangreichen experimentellen Untersuchungen durch das Finsenlicht nicht abgetötet.

Nachdem noch einige Redner persönliche Erfahrungen und Eindrücke wiedergegeben, betont der Referent im Schlußwort als Ergebnis der Diskussion die erfreuliche Tatsache, daß in allen Fällen von Lupus bei genügender Individualisierung günstige Erfolge zu erzielen seien. Paul Cohn-Berlin.

Verhandlungen des Niederländischen Dermatologenvereins.

Originalbericht von Polano-Haag.

Schoonheid demonstriert nacheinander 1) einen Fall von **Epithelioma bzw. Ulcus carcinomatosum des Palatum molle,** wo die differentielle Diagnostik nur klinisch gemacht werden konnte, da Pat. Excision verweigerte. Nachdem eine antisyphilitische Behandlung einen negativen Erfolg gezeigt hatte, wurde schließlich das Pyoctanninum coeruleum (in Substanz) versucht. Es trat wirklich eine Besserung ein. Obgleich natürlich von Heilung keine Rede ist, hat sich das Ulcus ganz gereinigt, ebenso sind dadurch die Beschwerden des Kranken sehr verringert; 2) ein Fall von **tertiärem Syphilid** des linken Mundwinkels bei einer Frau, die vor einigen Monaten noch ulzerierende Gummata am rechten Unterschenkel aufgewiesen hatte, wo aber anamnestisch nichts von einer Infektion zu eruieren war, und 3) einen Fall von **Syphilis maligna,** wo nach der ersten Quecksilberkur eine plastische Iritis mit Glaskörpertrübungen aufgetreten und nach der zweiten Kur das maculo-papulöse Exanthem rezidiviert war.

Von Mendes da Costa wird ein Fall von typischer **Mycosis fungoides**

vorgestellt, und zwar im Stadium lichenoides. Es handelt sich hier um große flach infiltrierte Hautpartien, über welchen die Haut stark gerötet, lichenifiziert und am Rande stark schuppend ist. Von Tumoren ist zwar noch nichts zu sehen, doch scheint die Diagnose in diesem Falle, der auch den typischen Anfang als einfaches diffuses Erythem mit ekzematösen Stellen und starkem Jucken aufgewiesen hat, nicht anzuzweifeln. Die Therapie bestand, außer Anwendung von Lassarscher Paste, in Einspritzungen von Atoxyl. Obwohl das Allgemeinbefinden der Patientin ein ziemlich gutes ist, kann doch von einer Heilung wohl kaum die Rede sein.

Telger demonstriert danach einen Fleischer, der nach einer Schnittwunde der rechten Hand eine **Tuberculosis cutis verrucosa** akquiriert hat; in 20 Sitzungen ist der ganze Prozeß mit Röntgen-Strahlen ausgeheilt, nur noch einige kleine Warzen sind übrig geblieben, welche Vortr. durch weitere Röntgen-Bestrahlung zum Verschwinden bringen zu können glaubt. Mendes da Costa dagegen meint, die kleinen Warzen seien als Röntgen-Keratosen anzusehen; es scheint dies wahrscheinlich, weil während der Behandlung eine leichte Röntgen-Dermatitis aufgetreten war, wie Vortr. zugibt. Er zeigt dann weiter einen Fall von **Ulcus durum der Oberlippe** mit typischer indolenter Drüsenschwellung, und einen Fall von ulzerierenden **Condylomata lata** zwischen den Zehen, die unter spezifischer Behandlung schon in Heilung begriffen sind. Schließlich stellte Vortr. einen Fall von **Ichthyosis congenita** vor. Daß die Krankheit seit dem ersten Lebenstage bestanden hat, ist nicht zweifelhaft, da die Mutter des kleinen Patienten, eine sehr intelligente Frau, den Zustand des Kindes bei der Geburt ganz genau beschreibt. Sie selbst ist ganz frei davon, der Vater ebenso, der Großvater mütterlicherseits hat an einer ausgesprochenen Ichthyosis gelitten. Merkwürdig ist, daß in dieser Familie auch wieder alle Knaben von der Krankheit befallen sind, während die Mädchen frei sind.

Von Broers wird dann eine 21 jährige Patientin demonstriert, die seit 2 Jahren an **Scleroderma circumscriptum** leidet. Die Erkrankung hat vor 2 Jahren als gelbbrauner Fleck in der rechten Seite angefangen, worauf sie durch leichtes Jucken aufmerksam gemacht wurde. 1 Jahr später wurde auch der Rücken befallen. Darauf stellt Vortr. einen Fall von **Lichen planus** vor, der im Gesicht angefangen hat, und, obgleich er sich immer mehr ausgebildet hat, der Kranken fast gar keine Beschwerden, speziell kein Jucken macht. Augenblicklich aber sind auf der ganzen Körperoberfläche die typischen polygonalen glänzenden Lichenknötchen kaum zu verkennen.

Von Polano wird dann ein 7 jähriger Knabe vorgestellt, welcher am rechten Beine ein typisches **Riesenwachstum** zeigt. Das Schienbein, das von rechts nach links abgeplattet erscheint, stark nach außen gekrümmt und in allen seinen Dimensionen vergrößert ist, ist ein klassisches Beispiel der von Fournier beschriebenen Tibia en lame de sabre. Der Vater des kleinen Patienten gibt zu, in Indien vor seiner Heirat an Syphilis erkrankt gewesen zu sein. Er wurde nach einer 6 wöchentlichen Kur mit Quecksilberpillen damals als geheilt entlassen. Auch ein älterer Bruder der Kranken hat eine Abnormität des Knochenapparates, eine starke Dorsalkyphose. Von vornherein war es recht wahrscheinlich, daß hier ein Fall von Lues hereditaria vorlag; jetzt aber scheint diese Diagnose nicht mehr anzuzweifeln zu sein, da die angestellte spezifische Behandlung (Schmierkur) jetzt schon den Erfolg gehabt hat, daß der Längenunterschied der beiden Beine bedeutend abgenommen hat.

Schoonheid bemerkt, daß hier keine der gewöhnlichen Symptome von Lues hereditaria (Zähne, Augen, Ohren, Mundwinkelrhagaden usw.) zu finden sind, nennt die Diagnose Lues hereditaria falsch, und will höchstens von „parasyphilid" reden. Polano hebt hervor, daß erstens dieser Unterschied ein künstlicher und scharf begrenzter ist, und zweitens, wenn man auf diesen Unterschied hohen Wert legen wollte, dieser Fall sicher nicht zu den Parasyphiliden zu rechnen sei, wo mit der spezifisch antiluetischen Behandlung so ein prompter und deutlicher Erfolg erzielt ist. Mendes da Costa stimmt damit überein, er macht weiter darauf aufmerksam, daß nicht nur die Knochen, sondern auch die Haut und das Wachstum des Unterschenkels hypertrophisch sind. Er meint, daß auch die Knochenhypertophie nicht nur, wie Polano angegeben hat, auf Rechnung einer spezifischen ossifizierenden Ostitis an der Grenzlinie zwischen Epiphyse und Diaphyse und einer Periostitis kommt, sondern ebenso gut als Hypertrophie durch Stauung aufgefaßt werden könnte.

Polano gibt zu, daß der Einfluß der Stauung nicht absolut ausgeschlossen werden kann, meint aber, daß diese Zirkulationsveränderungen nicht in erster Linie in Betracht kommen können, da hierfür die Hypertrophie viel zu ungleichmäßig ist. Der Fuß z. B., der am meisten durch Stauung beeinflußt und dadurch hypertrophisch sein sollte, ist im Gegenteil besonders atrophisch.

Als zweiten Fall stellt Vortr. eine **Sarcomatosis cutis** vor, die genau dem von Kaposi beschriebenen Typus, dem Sarcoma idiopathicum haemorrhagicum multiplex entspricht. Bei dem 70jährigen Kranken, der bis zu seinem 50. Lebensjahre völlig gesund gewesen ist, und aus einer gesunden Familie stammt (nur ein Bruder soll, 60 Jahre alt, an Carcinoma ventriculi gestorben sein), hat die Krankheit schon vor 20 Jahren angefangen als kleiner rosaroter Fleck: dieser war ganz flach und verschwand auf Fingerdruck. Dieser Zustand ist 18 Jahre lang stationär geblieben. Nur in den letzten 2 Jahren ist der krankhafte Prozeß schnell zur Ausbreitung gelangt. Die Lokalisation der in der Cutis selbst gelegenen und ziemlich scharf zirkumskripten Tumoren ist, wie von Kaposi angegeben worden ist, auch hier vollkommen symmetrisch, sie hat an Händen und Füßen angefangen und hat sich erst allmählich über die Extremtäten und Gesicht ausgebreitet. Merkwürdig ist ist in diesem Falle, auch im Zusammenhang mit der außerordentlich langen Dauer des Leidens, die relative Benignität. Pat. befindet sich noch immer sehr wohl, hat gar keine Beschwerden (nur hat er Schmerzen beim Gehen und Stehen, da beide Fußsohlen gänzlich von den Tumormassen überwuchert sind). Speziell von einer Kachexie, wie bei malignen Tumoren üblich, ist keine Spur vorhanden. Dagegen weist das histologische Bild sehr deutlich die Charakteristica der Malignität auf. Da die große Majorität der Autoren den großen Erfolg einer Arseniktherapie bei diesem Leiden besonders rühmt, ist dieselbe hier auch versucht worden. Leider hat der mehrere Monate fortgesetzte Gebrauch von 20% intramuskuläre Atoxylinjektionen nicht den geringsten Erfolg gehabt. Eine einzige Stelle, auf welcher Röntgen-Strahlen appliziert sind, scheint etwas eingetrocknet zu sein, doch kann auch hiermit von einer Heilung wohl haum die Rede sein.

Schließlich teilt Mendes da Costa seine Erfahrungen über verschiedene **Psoriasisfragen** mit. Was die Frage eines kausalen Zusammenhanges zwischen Psoriasis und den dabei oft auftretenden Arthropathien anbetrifft, stellt Vortr. sich auf den Standpunkt der Franzosen. Er selbst hat unter 170 Fällen von Psoriasis 11mal Arthropathien konstatieren können; meisten-

teils eine Arthritis deformans der kleinen Gelenke. Er hat weiter vielmals einen Zusammenhang zwischen Psoriasis und Eiterungsprozessen beobachtet, und zwar öfters Auftreten von Psoriasis im Anschluß an eine Furunkulose bei Patienten, die niemals an Psoriasis gelitten hatten und ebenso wenig eine Prädisposition aufwiesen. Speziell auf Narben pyogener Injektionen (Pockennarben z. B.) scheint sich Psoriasis gerne zu entwickeln. Doch glaubt Vortr., daß die Infektion nur die zufällige Ursache war, die eine latente Psoriasis zum Ausbruch brachte. Was die Ätiologie der Psoriasis anbetrifft, so gibt die Heredität, die für das Auftreten von Psoriasis zweifelsohne von großer Bedeutung ist, für die Erkrankung gar keine Erklärung. Die meistenteils anzutreffenden nervösen Störungen seien sekundärer Natur. Am meisten hat er Neigung, anzunehmen, daß Psoriasis eine parasitäre Bluterkrankung sei: das Wesen der Psoriasis sei also völlig analog mit dem der Syphilis z. B. Und alle anderen sogen. ätiologischen Momente wie Trauma, psychische oder nervöse Störungen usw. höchstens als letzte Andeutung für das Auftreten der latenten Erkrankung anzusehen. Was schließlich die Therapie der Psoriasis anbetrifft, empfiehlt er eine mehr schonende Therapie, wie bis jetzt üblich. Obschon er zugibt, daß man mit der rigorosen Pyrogallus-Chrysarobintherapie am schnellsten die Psoriasiseffloreszenzen zum Verschwinden bringen kann, meint er, daß man damit auf die Dauer die Haut hyperästhetisch macht und zuviel reizt, und dadurch zum schnelleren Rezidivieren der Affektion Veranlassung gibt. Auch Bäder, meint er, seien in der Therapie der Psoriasis nicht sehr zweckmäßig. Als die schließlich den größten Erfolg aufweisende Therapie stellt er dar: 2mal wöchentliche Bepinselung mit Liantral und nachfolgender Puderung, und in Zwischenzeiten eine einfache Ichthyol-Zinksalbe.

V. Vermischtes.

— Um das Andenken des soeben verstorbenen bekannten Urologen Otis zu ehren, veranstaltete die amerikanische urologische Gesellschaft, deren Vizepräsident der Verstorbene gewesen, eine begeisterte Kundgebung. In ergreifender Weise betonten verschiedene Redner die hervorragenden Charaktereigenschaften, die wissenschaftliche Bedeutung und das herzgewinnende Wesen des Entschlafenen. Eine besondere Begabung besaß Otis für die geschickte Konstruktion neuer und zweckmäßiger urologischer Instrumente. Viele solcher Arbeiten sind durch seinen plötzlichen Tod unvollendet geblieben und sollen von seinen Schülern fortgesetzt werden. Die Wissenschaft hat mit der Familie den unersetzlichen Verlust dieses aufopfernden Forschers und Arztes zu beklagen. J.

VI. Personalien.

— Dr. v. Zumbusch hat sich in Wien für Dermatologie habilitiert.

Um Einsendung von Separatabzügen und neuen Erscheinungen an den Herausgeber Dr. Max Joseph in Berlin W., Genthiner Strasse 5, wird gebeten.

Verlag von Veit & Comp. in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

DERMATOLOGISCHES CENTRALBLATT.

INTERNATIONALE RUNDSCHAU

AUF DEM GEBIETE DER HAUT- UND GESCHLECHTSKRANKHEITEN.

HERAUSGEGEBEN
VON

DR. MAX JOSEPH

Zehnter IN BERLIN. **Jahrgang.**

Monatlich erscheint eine Nummer. Preis des Jahrganges 12 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie direkt von der Verlagsbuchhandlung VEIT & COMP. in Leipzig.

1907. **Februar.** **Nr. 5.**

I. Originalmitteilungen.

1. Mitinquecksilber als Schmiersalbe.

Von Dr. **Jessner.**

Von einer längeren Reise zurückgekehrt, fand ich die in diesem Centralblatte erschienene Arbeit von Prof. Kromayer über „Schmierkur und Schmiersalbe" vor, die mich naturgemäß wegen des in ihr vielfach berücksichtigten Mitinquecksilbers ganz besonders interessierte. K. greift in sehr rationeller Weise die Frage, welche Quecksilbersalbe sich zu Inunktionskuren am besten eignet, von zwei Seiten an. Im ersten Teile prüft er, von der theoretischen Voraussetzung ausgehend, daß die Resorption des Hg nach Verdunstung um so besser erfolgt, je feiner die Quecksilberverteilung in der Salbe ist, mikroskopisch eine Reihe von Präparaten. Er findet dabei, daß die Fetronsalbe bzw. die offizinelle Hg-Salbe die feinsten Quecksilberteilchen hat, während die Mitinsalbe die größten Quecksilberkugeln aufweist, und illustriert das durch beigegebene Photogramme (Figg. 1—5). Daß dieser Befund aber keine entscheidende Bedeutung hat, zeigt K. in dem zweiten Teile der Arbeit, der der Praxis

gewidmet ist. Er sagt ganz richtig, daß nicht die Quecksilberverteilung in der Salbe vor der Inunktion maßgebend ist, sondern nach der Inunktion. Er untersuchte deshalb auch das Ergebnis nach vollzogener Einreibung. Und das desavouierte die theoretische Voraussetzung des ersten Teiles der vorliegenden Arbeit. Denn es ergab sich, daß man mit der Mitinsalbe bei einer Einreibungsdauer von 12 Minuten dasselbe erreicht, wie bei den Salben mit primärer feiner Verreibung in 18 bis 20 Minuten. Ein Blick auf die Photogramme lehrt, daß nach der Verreibung zwischen der Mitinsalbe und der offizinellen Salbe kein Unterschied besteht, während die Fetronsalbe usw. weniger feine Verteilung aufweist. Wenn K. auf Grund seiner Photogramme zu einer etwas anderen Anschauung kommt, so muß ich ihm hierin widersprechen. Ich kann nur jeden darauf verweisen, die Photogramme von K. (Fig. 1a bis Fig. 5a) sich anzusehen und zu prüfen, ob mein Auge mich trügt. Dieses sagt mir, daß nach der Verreibung nach den Bildern von K. zwischen der offizinellen Salbe und der Mitinsalbe ein irgendwie bemerkbarer Unterschied nicht besteht. Daraus ergibt sich ohne weiteres, daß die primäre Verreibung wenig Bedeutung hat, daß die Verreibbarkeit die Hauptsache ist, und daß das Mitinquecksilber bei weitem vorzuziehen ist, da man mit ihm in 12 Minuten dasselbe erreicht, wie mit der günstigst beurteilten offizinellen Salbe in 18—20 Minuten. Das sind Schlüsse, die aus den eigenen Ausführungen von K. und aus seinen Photogrammen (Fig. 1a bis 5a) hervorgehen.

Ich hätte mich darnach vielleicht mit den Ergebnissen des ersten theoretischen Teiles ruhig abfinden können. Dieselben standen aber doch mit meinen früheren Untersuchungen so sehr in Widerspruch, daß ich es im Einverständnis mit Prof. K. für nötig hielt, dieselben nachzuprüfen und erneut mikroskopische Untersuchungen des Mitinquecksilbers vorzunehmen. Ich nahm alle möglichen Packungen, alte, mehrere Jahre bei mir liegende, und junge, große und kleine. Das Ergebnis ist ein sehr einfaches: Die Quecksilberverteilung im Mitinquecksilber erwies sich fast stets als ebenso fein, wie in der offizinellen Salbe, oft sogar als viel viel feiner. Nur in einer Gruppe kleiner Röhrenpackungen fand ich größere Partikelchen, die aber niemals auch nur annähernd so groß waren, wie die in den Photogrammen (Fig. 4) von K. wiedergegebenen. Zweifellos handelte es sich hier um ein nicht gut verarbeitetes Fabrikat, das durch mancherlei Störungen in der Fabrik (durch Brand usw.) erklärt, wenn auch nicht entschuldigt werden kann. Unglücklicherweise muß K. ein solches, ganz besonders flüchtig gearbeitetes, viel zu wenig durch die Maschine gegangenes Mitinquecksilber in die Hände bekommen haben, um zu einem so abweichenden Resultat zu gelangen. Jedenfalls versichert die Fabrik, daß so etwas nicht wieder vorkommen wird, so daß man gewiß sein kann,

in der Mitinsalbe stets das Hg in denkbar feinster Verteilung zu finden. — Soeben gelangt noch die Arbeit des Augenarztes Dr. Haass[1] zu meiner Kenntnis. In derselben heißt es:

„Ich kann ferner ein weiteres Präparat, das Mitinquecksilber, als einen ganz ausgezeichneten Ersatz für die graue Salbe empfehlen. Eine vergleichende mikroskopische Untersuchung der gewöhnlichen grauen Salbe, neuerer Hydrargyrumsalben (z. B. des von mir sehr geschätzte Hg-Vasogen) und der Mitinquecksilbersalbe zeigen zur Evidenz, daß das Metall sich in der letztgenannten in der feinsten gleichmäßigsten Verteilung befindet. Dazu kommt noch, daß das Mitinquecksilber sich in der Hälfte der Zeit in die Haut einreibt, wie das Hg-Vasogen, welches in dieser Hinsicht schon der einfachen grauen Salbe sehr überlegen ist. Zugleich schmutzt die Mitinsalbe fast gar nicht. Mit der klinischen Wirkung bin ich stets sehr zufrieden gewesen und habe, obschon ich ein ausgesprochener Anhänger starker Merkurialkuren bin, noch nie über unangenehme Nebenerscheinungen zu klagen gehabt, unter der allerdings ja eigentlich selbstverständlichen Voraussetzung, daß die Mundpflege usw. auf das peinlichste beobachtet wird. Sehr bequem ist ferner die Dosierung des Hg-Mitins, welches in graduierten Glasröhrchen in den Handel kommt, aus dem der Patient sich, je nach Vorschrift des Arztes, selbst mit einem Stempel das nötige Quantum herausdrückt."

Ich hätte dem nichts hinzuzufügen, als daß meine therapeutischen Ergebnisse den gehegten Erwartungen in reichlichem Maße entsprechen. Ich gehe fast nie über eine Dosis von 3,0 pro Inunktion hinaus, ich lasse nur 5 Minuten durch die eigene Hand des Patienten einreiben, — und meine Erfolge sind ausgezeichnete. Bei der vorzüglichen Verreibbarkeit des Mitins, bei dem leichten Eindringen dieser an serumartiger Flüssigkeit sehr reichen, größtenteils aus emulgierten Fetten bestehenden, der Haut so adäquaten Substanz, war ein leichtes Eindringen des Hg in die Haut ebenso wie ein leichtes Verdunsten des Hg auf der Haut nach kurzer Verreibung vorauszusetzen. Diese Hoffnung hat mich nicht getäuscht und zahlreiche Zuschriften von Kollegen melden die gleiche Zufriedenheit. Ich kann deshalb mit gutem Gewissen das Mitinquecksilber zu Inunktionen auf das wärmste empfehlen, zumal es bei sehr praktischer Verpackung noch den Vorzug großer Billigkeit (70 Pfg. für ein Röhrchen mit 30,0 Inhalt) hat. Allen Kollegen, die mir ihre günstigen wie ungünstigen Erfahrungen mitteilen, werde ich sehr dankbar sein.

[1] Wochenschrift f. Therapie u. Hygiene des Auges. X. Nr. 13.

2. Glossitis saturnina.

Von **Max Joseph** in Berlin.

Die Zeichen der Bleivergiftung sind so bekannt, daß es kaum möglich erscheint, denselben noch ein neues Symptom hinzuzufügen. Ich würde gewiß auch nicht zu diesem Gegenstande das Wort ergreifen, wenn nicht eine Erfahrung am eigenen Körper mich darüber belehrt hätte, daß dem nicht so ist. Allerdings wird sogleich aus der Mitteilung der Krankengeschichte ersichtlich sein, daß hier der Zufall eine große Rolle spielte. Gewiß wird es nur so erklärlich, daß vielleicht dieses von mir gleich zu beschreibende, auf der Zunge lokalisierte Symptom der Bleivergiftung zu den größten Ausnahmen gehört. Jedenfalls habe ich in der mir zugänglichen Literatur keinen gleichen oder ähnlichen Befund verzeichnet gefunden.

Am 10. August 1906 abends gegen 7 Uhr erkrankte ich, nachdem ich tags zuvor mich bei einer Bergbesteigung erkältet hatte, unter Schüttelfrost und Fieber an einer akuten Bronchitis. Ich transpirierte nachts stark und hatte am nächsten Morgen das Gefühl der Ermüdung und Mattigkeit. Hiervon erholte ich mich aber in den nächsten Tagen vollkommen und wurde noch etwa 14 Tage von geringem Husten belästigt. Schon am 13. August fiel mir indes auf, daß neben der Verschlechterung des Appetites meine Zunge nicht nur stark belegt, sondern auch erheblich verdickt und mit einem grauen Belag versehen war. Ich glaubte zunächst, daß es sich um eine Folge der fieberhaften Attacke handelt, bis ich, nachdem jede Spur der Bronchitis verschwunden war, doch immer wieder auf den abnormen Zustand meiner Zunge aufmerksam wurde. Die ganze Zunge war fast um ein Viertel dicker als normal. Auf der Oberfläche fand sich ein grauweißer Belag, welcher aber nicht diffus ausgebreitet war, sondern aus einer großen Menge kleiner weißer Erhebungen bestand, die etwa der Gänsehaut auf der äußeren Haut entsprachen. Dazu traten als subjektive Symptome Schmerzen, wenn auch geringer Art, in der Zunge auf und kleine Unbequemlichkeiten beim Sprechen, welche ich als eine Art von pelzigem Gefühl bezeichnen möchte. Ganz besonders unangenehm war aber eine abnorme Trockenheit, welche mich veranlaßte viele Mundspülungen vorzunehmen, um dieses lästige Gefühl zu verlieren. Zuweilen glaubte ich auch einen metallischen Geschmack zu verspüren.

Alle meine Überlegungen führten nicht zu einer Klarstellung der Ursache dieser auffälligen Erscheinung und zahlreiche Kollegen, welche ich befragte, glaubten immer wieder die Abnormität der Zunge mit einer Indisposition des Magens in Zusammenhang bringen zu müssen. Indessen muß ich hinzufügen, daß ich seit Anfang September vollkommen normal bei Appetit war und von seiten des Magens keine Beschwerden hatte.

Schließlich kam ich auf den Gedanken, daß vielleicht irgend eine Anomalie von seiten der Zähne die Ursache dieser merkwürdigen Zungenerkrankung sein könnte. Ich hatte mir von meinem Zahnarzt einen kariösen Mahlzahn oben links plombieren lassen. Es wurde zunächst eine Guttaperchaplombe verwandt und mir der Rat erteilt, erst nach Monaten wieder zu kommen, wo mir alsdann eine definitive Porzellanplombe eingelegt werden sollte. Als aber meine Beschwerden immer größer wurden, ging ich Anfang November zu meinem Zahnarzt Herrn Mamlok mit der Anfrage, ob vielleicht meine Zungenerkrankung, welche ihm ebenfalls als etwas ganz Ungewöhnliches vorkam, mit einer Zahnaffektion in Beziehung zu bringen wäre. Herr Mamlok verneinte dies und konnte sich keinen Zusammenhang zwischen beiden Prozessen vorstellen.

Indessen waren wir beide nicht wenig erstaunt, als er beim Entfernen der Guttaperchaplombe, in dieselbe eingekeilt, ein bleihaltiges Schrotkorn fand, wie man es gewöhnlich als Rehposten bezeichnet. Da ich am gleichen Abend einen Fortbildungskurs für Zahnärzte begann, zu welchem ich von seiten des Zahnärztlichen Komitees für Fortbildungskurse aufgefordert war, so präsentierte ich mich selbst sogleich, um sämtlichen Kursteilnehmern die Beobachtung zugänglich zu machen. In der Tat wurde allgemein anerkannt, daß der Zustand der Zunge etwas ganz Abnormes darstellte und von keinem der Herren bisher in ähnlicher Art beobachtet war.

Ich deduzierte damals, daß es sich hier wohl um eine Bleiintoxikation geringfügiger Art handeln dürfte, bei welcher das Bleistück etwa 2 Monate in meinem Munde gewesen sein dürfte und wahrscheinlich beim Essen eines Rehes oder anderen Wildes in meinem Munde stecken geblieben war. Es wurde von mir als ein Fremdkörper im Munde nicht gefühlt, weil es in einer weichen Guttaperchaplombe sich gewissermaßen eingebettet hatte. Wenn aber ein Zusammenhang der Zungenerkrankung mit der Bleikugel bestand, so mußten die Symptome nach der Entfernung der letzteren bald schwinden. So geschah es auch. Schon in den nächsten Tagen hatte ich ein subjektiv leichteres Gefühl in der Zunge, die objektiven Symptome bildeten sich immer mehr zurück, die Zunge reinigte sich und nach 8 Tagen konnten meine Zuhörer bereits konstatieren, daß die Zunge fast völlig ihr normales Aussehen angenommen hatte. Nach 14 Tagen waren alle Symptome geschwunden und nichts wies mehr auf den früheren Zustand hin.

Da hier Ursache und Wirkung so nahe beieinander lagen, so dürfte es mehr als ein merkwürdiger Zufall sein, wenn nicht die Zungenerkrankung von der im Munde befindlichen Bleikugel hervorgerufen wäre. Daß dieses Symptom früher noch nie beobachtet worden ist, liegt wohl daran, daß höchst selten einmal eine Guttaperchaplombe Monate lang im Munde

getragen wurde und während dieser Zeit eine Bleikugel Gelegenheit fand, sich daselbst einzubetten. Vielleicht hat man aber auch schon öfters eine solche Zungenerkrankung, wie ich sie an mir selbst beobachten konnte, gesehen, ohne den ätiologischen Zusammenhang herauszufinden. Man achte aber auch von nun an in anderen Fällen von unklaren Zungenerkrankungen auf dieses ätiologische Moment, um dann nach Entfernung der Ursache auch mit einem Schlage das Krankheitsbild zu beseitigen.

Man könnte gewiß den Einwand machen, daß man bei einem etwa zweimonatlichen Aufenthalt der Bleikugel im Munde auch noch andere Symptome der Bleiintoxikation hätte erwarten können. Indessen ist zu bedenken, daß die Bleikugel sehr klein war und doch gewiß sehr wenig hiervon in die allgemeine Zirkulation aufgenommen wurde, so daß nur eine allgemeine Schädigung erfolgte. Es scheint aber doch gewöhnlich eine längere zeitliche Aufnahme in den Organismus notwendig zu sein, um eine Bleiintoxikation hervorzurufen. Wenigstens ersehe ich dies aus einer Mitteilung, zu deren Kenntnis ich durch die Liebenswürdigkeit des Herrn Geheimrat Prof. Bernhardt gelangte. Es handelte sich um einen typischen Fall von Bleilähmung, welchen Cazenavette[1] veröffentlicht hat. Hier hatte der 18jährige Patient von November 1903 bis Oktober 1904 8—10 Bleikugeln einige Minuten bis zu einer Stunde in seinem Munde zwischen Zunge, Gaumen und Wangenschleimhaut herumrollen lassen. Der knirschende Ton und der eigentümliche metallische Geschmack bestimmten ihn, diese Gewohnheit beizubehalten, bis es ihm, als er zur Behandlung ins Krankenhaus kam, untersagt wurde. Verschluckt hat er nie eine Kugel. Hier hatte also die Ursache der Bleiintoxikation fast ein Jahr gedauert, in meinem Falle aber nur 2 Monate. Dort war Gelegenheit gegeben durch die Verdauung mit dem Speichel sehr viel Blei aufzunehmen, wodurch eine typische Bleilähmung entstand. In meinem Falle trat dies aber nur in sehr geringem Maße ein. Vielleicht ist es dadurch erklärlich, daß es bei mir nur zu einer rein lokalen Erkrankung der Zunge kam, welche ich als Glossitis saturnina bezeichnen möchte.

[Aus dem Ost-Krankenhause für Haut- und Geschlechtsleiden Berlin-O.]
(Dirigierende Ärzte: Prof. Kromayer und v. Chrismar.)

3. Zwei Fälle von Atoxylintoxikation.

Von Dr. **M. Brenning**, Assistenzarzt.

Das nunmehr seit etwa 5 Jahren in Gebrauch befindliche, vielfach als ganz unschädlich hingestellte Atoxyl oder Metaarsensäureanilid,

[1] New Orleans medic. and. surgic. Journ. 1906. Februar.

mittels dessen es möglich sein soll eine zehnfach höhere Menge Arsen dem Organismus einzuführen, als es mit der arsenigen Säure geschehen kann, hat sich doch nicht als ganz so harmlos erwiesen, wie man anfänglich anzunehmen geneigt war.

Schon die ersten Tierversuche bewiesen, daß Tiere, denen Atoxyl einverleibt worden war, an typischer Arsenvergiftung zugrunde gehen konnten.[1] Und bei den in großem Maßstabe vorgenommenen klinischen Versuchen in der Lassarschen Klinik[2] zeigte es sich, daß in einem Falle nach jeder Injektion von 0,2 Atoxyl Nebenerscheinungen auftraten, welche in Frösteln, Schwindel, Kopfschmerzen und Kratzen im Halse bestanden. Hier handelte es sich offenbar um einen Fall von Idiosynkrasie gegen das Mittel. Nach länger fortgesetzten Injektionen von 0,2—0,3 Atoxyl stellten sich mehrere Male diese Nebenwirkungen ein, und stets waren diese zu beobachten, wenn statt der gewöhnlichen Dosis von 0,2 die doppelte von 0,4 injiziert worden war. Schon nach 1—2 Tagen gingen diese Nebenerscheinungen vorüber, wenn die Injektionen ausgesetzt wurden. Besonders empfindlich gegen Atoxyl scheinen Herzkranke zu sein, da bei diesen leicht Anfälle von Dyspnoe danach auftreten. Die oben erwähnten Nebenwirkungen blieben übrigens ganz aus, wenn nicht jeden zweiten Tag, wie ursprünglich empfohlen wurde, sondern nur wöchentlich zweimal 0,2 Atoxyl injiziert wurde.[3]

Bei einem anderen sehr reichen Material[4] wurden allerdings nur zweimal leichte Nebenerscheinungen, nämlich Schwindelanfälle, nach Atoxyl beobachtet. Hier handelte es sich um zwei Damen, von denen die eine noch dazu eine Hysterika war, so daß bei dieser der Schwindel möglicherweise auf die Hysterie zurückzuführen war.

Bedenklicher dagegen ist ein Fall, in welchem es nach Atoxylinjektionen zu einer fast vollständigen Erblindung kam.[5] Hier hatte eine 58jährige Patientin wegen eines Lichen ruber planus wöchentlich dreimal Injektionen von Atoxyl erhalten, bei denen die Einzeldosis allmählich auf 0,4 gesteigert wurde. Nach etwa 7 Wochen stellten sich Schwindelanfälle, Mattigkeit, Herzschwäche und Trockenheit im Halse ein. Wegen einer zufällig aufgetretenen Enteritis wurde das Mittel 6 Tage lang ausgesetzt. Als dann wieder zweimal wöchentlich 0,2 Atoxyl eingespritzt wurde, klagte die Patientin nach etwa einer Woche über Abschwächung des Gehörs, Brausen und Rauschen in den Ohren und über ein nächtliches Brennen und Bohren in den Füßen. Weiterhin

[1] Blumenthal, Die medizin. Woche. 1902. Nr. 15.
[2] Schild, Berliner klin. Wochenschrift. 1902. Nr. 13.
[3] Schild, Dermatolog. Zeitschrift. 1903. Heft 1.
[4] Pickardt, Die ärztliche Praxis. 1905. Nr. 12.
[5] Bornemann, Münchener med. Wochenschr. 1905. Nr. 22.

kamen noch Sehstörungen hinzu, welche immer stärker wurden, bis die Patientin Gegenstände in ihrer Nähe überhaupt nicht mehr unterscheiden konnte. Trotzdem wurde wegen Auftretens neuer Eruptionen von Lichen ruber die Dosis auf 3mal wöchentlich 0,4 erhöht. Jetzt begann das Gesicht, besonders an den unteren Augenlidern, ödematös zu schwellen, ebenso die Hände und Füße, woselbst sich auch an den Handtellern und Fußsohlen eine Hyperkeratose ausbildete. Nach einem Gesamtverbrauche von 27,0 Atoxyl wurde nunmehr das Mittel ausgesetzt. Die Untersuchung des Augenhintergrundes ergab als Ursache der fast vollständigen Amaurose eine Atrophie des N. opticus. Wahrscheinlich handelt es sich in diesem Falle um eine Zusammenwirkung des Arsens mit dem Anilin. Sicher ist eine solche in den beiden von uns im Ostkrankenhause beobachteten Fällen von Atoxyl-Intoxication anzunehmen.

In dem ersten dieser beiden Fälle hatte ein wegen Psoriasis universalis aufgenommener 18jähriger Schlächter zunächst an 5 aufeinanderfolgenden Tagen 0,04, 0,08, 0,12, 0,16 und 0,2, sodann jeden zweiten Tag 0,2 Atoxyl subcutan erhalten. Nach der 7. Injektion von 0,2 Atoxyl, also einer ganzen Pravazschen Spritze einer 20%igen Atoxyllösung, erkrankte er unter Kopfschmerzen, Eingenommensein des Kopfes, Schwindel, allgemeiner Mattigkeit, Fieber, welches bis auf 39,7 stieg, Appetitlosigkeit, Erbrechen, Schwerhörigkeit, so daß er auf dem einen Ohre fast taub war und Trockenheit im Halse. Nach 2 Tagen stellte sich völlige Urinretention ein, so daß Patient zwei Tage lang katheterisiert werden mußte. Dabei klagte Patient über häufigen Harndrang. Außerdem quälte ihn ein trockener Husten, ohne daß objektiv an den Lungen etwas nachzuweisen war. Ferner bildete sich immer mehr eine Somnolenz aus, so daß Patient schließlich den Eindruck eines schwer an Typhus Erkrankten machte. Seine Hauptklagen bildeten der Kopfschmerz, welcher keinem Mittel weichen wollte, und der Schwindel. Die Atoxylinjectionen waren natürlich sofort beim Auftreten der ersten Krankheitserscheinungen ausgesetzt worden. Diese selbst gingen nach Verlauf von etwa 5 Tagen allmählich zurück. Das Fieber hatte nur 2 Tage bestanden. Leichte Schwindelanfälle sowie Schwerhörigkeit waren jedoch noch nach etwa 2 Wochen vorhanden.

In dem zweiten Falle hatte ein 46jähriger Buchhalter ebenfalls wegen Psoriasis universalis Atoxylinjektionen erhalten, und zwar nach 4 kleineren Dosen 8 ganze Pravazschen Spritzen der 20%igen Lösung, welche ebenfalls jeden zweiten Tag verabfolgt wurden. Auch dieser Patient erkrankte bald nach der 8. Injektion von 0,2 Atoxyl fast unter genau denselben Erscheinungen wie der erste Patient. Auch er klagte über Kopfschmerzen, Schwindel, Mattigkeit, Appetitlosigkeit und Schwerhörigkeit. Fieber, wenn auch nicht so hoch wie in dem ersten Falle, sowie Harndrang und Urinretention, welche auch bei ihm die Anwendung des Katheters 2—3 Tage

lang erforderlich machte, waren ebenfalls vorhanden. Erbrechen, Trockenheit im Halse, Husten und Somnolenz fehlten bei diesem Patienten, welcher schon nach 4—5 Tagen völlig wiederhergestellt war.

In mehrfacher Hinsicht sind diese beiden Fälle interessant. Erstlich ist es, abgesehen von der Duplizität, bemerkenswert, daß hier schon nach verhältnismäßig geringen Dosen von Atoxyl eine Giftwirkung zustande kam. Der erste Patient hatte nämlich bei im ganzen 11 Injektionen 1,80 Atoxyl, und der zweite bei 12 Injektionen 2,0 Atoxyl subkutan erhalten. Der eine Patient hatte einen Tag früher mit den Injektionen angefangen als der andere und erkrankte auch einen Tag früher als dieser. Die Dosis war also bei beiden fast die gleiche, als die Giftwirkung einzusetzen begann. Ferner verdient die Gleichartigkeit der Erscheinungen, besonders die bei beiden eingetretene Schwerhörigkeit und Urinretention besonders hervorgehoben zu werden.

Fragen wir uns nun, welche von den beobachteten Symptomen auf Rechnung des Arsens, und welche auf diejenige des Anilins zu setzen sind, so ist wohl zunächst die Urinretention als eine Wirkung des Anilins anzusehen, da Ischurie bei Arsenvergiftung nur selten zur Beobachtung gelangt. Auch die Somnolenz in den ersten der beiden Fälle dürfte auf die Wirkung des Anilins zurückzuführen sein. Kopfschmerzen, Schwindel und Eingenommensein des Kopfes wird sowohl bei Arsen- wie bei Anilinvergiftung beobachtet. Das Erbrechen ist ein bei Arsenvergiftung häufiges und oft sehr hartnäckiges Symptom. Ein trockener Husten, wie wir ihn in dem ersten Falle beobachteten, wird schon von Avicenna unter den Erscheinungen der Arsenvergiftung erwähnt.[1] Auch Fieber bis über 39° kommt bei der letzteren vor. Endlich ist auch die Schwerhörigkeit eine Wirkung des Arsens. Subjektive Geräusche, wie Ohrensausen, werden bei Arsenvergiftung häufig wahrgenommen, doch scheint Schwerhörigkeit bei letzterer nur selten vorzukommen. Einen Fall dieser Art hat Schwabach[2] mitgeteilt. Hier handelte es sich um eine Erkrankung an Schwerhörigkeit, subjektiven Geräuschen in beiden Ohren und Eingenommenheit des Kopfes; daneben bestand ein Nasen- und Nasenrachenkatarrh. Als Ursache der Erkrankung wurde schließlich Vergiftung durch Arsenik ermittelt, welches in Form der Sol. Fowleri wegen eines Ekzems gegeben worden war.

Wie der von Bornemann veröffentlichte Fall, so beweisen auch unsere beiden Fälle, daß man bei der Anwendung des Atoxyls doch recht vorsichtig sein muß, und daß dieses Mittel keineswegs unschädlich ist. Es dürfte sich also empfehlen nicht jeden zweiten Tag, sondern nur wöchentlich zweimal je 0,2 Atoxyl zu injizieren.

---

[1] Lewin, Die Nebenwirkungen der Arzneimittel. 3. Aufl. 1899.

[2] Deutsche med. Wochenschrift. 1904. Nr. 11.

II. Referate.

Allgemeine Pathogie und Therapie.

1) **Über Lippen- bzw. Mundwasser-Ekzeme,** von Galeswsky. (Münchener med. Wochenschrift. 1906. Nr. 28.)

Bei einer Reihe von Patienten hört jedes Ekzem auf, sobald das Pfefferminzöl enthaltende Präparat wegbleibt. Andere vertragen überhaupt kein Mundwasser, das irgendwie reizende Stoffe birgt. Endlich muß es eine Anzahl von Stoffen geben, die außer dem Pfefferminzöl Ekzeme hervorrufen können, diese scheinen nach Verf. die aromatischen Öle, insbesondere die Terpene zu sein. Patienten, welche auf irgend ein Mundwasser reagieren, sollen daher möglichst einfache Mundwasser oder Zahnpulver (Schlemmkreide) gebrauchen.

G. Trautmann-München.

2) **Psorospermosis follicularis Darier,** von Otto Sachs. (Wiener med. Wochenschrift. 1906. Nr. 10—12.)

Beschreibung eines neuen Falles, an welchem die Mitbeteiligung der Schleimhaut des harten und weichen Gaumens und die Konfluenz der papulösen Einzelefflorescenzen an den Fußrücken zu drüsig-warzigen Plaques bemerkenswert sind. Die sogen. Psorospermien hält Verf. gleichfalls für Degenerationsformen des Epithels, die vielleicht auf eine Flüssigkeitsaufnahme des Protoplasmas im Sinne eines Quellungsvorganges zurückzuführen seien.

Amende-Bamberg.

3) **Über einen Fall von ausgebreiteter Arsenikkeratosis mit Ausgang in Epitheliom,** von Ullmann. (Allg. Wiener med. Zeitung. 1906. Nr. 6.)

Verf. erinnert an seinen gemeinsam mit H. v. Hebra seit 1890 beobachteten Fall und verwahrt sich dagegen, daß derselbe in Lehrbüchern und Monographien gar nicht oder nur unvollständig erwähnt werde.

Amende-Bamberg.

4) **Lichen scrophulosorum,** von Sick. (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 34.)

Ein 20 jähriger schwächlicher Mensch zeigt auf Rumpf, Rücken, Bauch, Extremitäten ein gleichmäßig verbreitetes, aus einzelnen und in Gruppen zusammenstehenden, geschwellten und geröteten Knötchen bestehendes Exanthem. Die Knötchen sind zum Teil von kleinen Schuppen bedeckt und von einem roten Hof umgeben. Auf eine Alttuberkulininjektion von 5 mg tritt eine intensive Reaktion ein: Fieber von 40,8, Schwellung der Knötchen, die einen doppelt großen Umfang annehmen. Ene nennenswerte tuberkulöse Erkrankung ist nicht nachweisbar. Daher will Verf. die Hautaffektion als tuberkulös und nicht als Effekt von Toxinen von Tuberkelbazillen auffassen.

Schourp-Danzig.

5) **Experimentelle Beiträge zur Lehre des Verbrennungstodes,** von A. Helsted. (Archiv f. klin. Chirurgie. LXXIX. 1906.)

Verf. liefert zur Klärung der Frage, woran die Patienten mit Brandwunden sterben, einen experimentellen Beitrag. Er machte zunächst 10 Versuche und 10 Kontrollversuche mit Einpflanzung gekochter und normaler Haut von Meerschweinchen in die Bauchhöhle von Tieren gleicher Art. Aber weder durch diese Versuchsanordnung, noch durch subkutane Implantation verbrannten Gewebes gelang es, eine Giftwirkung nachzuweisen. Mittels präventiv angelegter Esmarchscher Binde und Anwendung des Schlauches gelingt es, bei Kaninchen den Eintritt des Todes bei einer sonst absolut

letalen Verbrennungsläsion zu verhindern. Aus diesen Versuchen geht die große Bedeutung der Blutläsion hervor. Isolierte Blutläsion kann den Tod herbeiführen und ist von ähnlichen pathologisch-anatomischen Veränderungen begleitet (Hämoglobinämie, Hämoglobinurie, Ventrikelblutungen), wie sie bei ausgedehnten Hautverbrennungen zu finden sind. Die Thermo-Hämolysetemperatur liegt mit Bezug auf rote Blutkörperchen bei Säuglingen niedriger als bei Erwachsenen. Die vom Verf. angestellten Hämolyseversuche ergaben im Gegensatz zu den von Dietrich gefundenen Tatsachen, aber in Übereinstimmung mit den neuesten Untersuchungen von Burkhardt, Doering und Pfeiffer meist negative Resultate. Respirationsversuche, gleichzeitig mit isolierter Blutläsion angestellt, lehrten, daß der Stoffwechsel fällt, wenn ein Teil des Blutes bis zur Coagulationstemperatur des Fibrinogens erwärmt wird. Es wurde vergeblich versucht, mittels Manns Fixation und Färbung mit Erythrosin-Toluidinblau pathologische Veränderungen im Centralnervensystem aufzufinden. Die Bestimmung der Hämoglobinmenge des Serums kann vielleicht bei der Prognose verwertet werden.

Solger-Neiße.

6) **Erythème cutané en larges placards extensifs avec atrophodermie à type maculeux chez un tuberculeux,** par J. Nicolas et M. Favre. (Annales de dermatologie et de syphilis. VII. 1906. Nr. 7.)

Das besondere Merkmal der makulösen Hautatrophie ist die elektive und umschriebene Zerstörung des elastischen Gewebes ohne jede Regeneration und mit sehr geringen Entzündungserscheinungen, kurz ein Syndrom, welches durch verschiedene Ursachen zustande kommen kann. Die schnell fortschreitenden erythematösen Flecken, denen erst sekundär eine Atrophodermie makulösen Typus folgte, betrafen im Falle der Verff. einen früher gesunden, 54 jährigen Mann aus gesunder Familie, stellten sich aber doch als Toxituberkulide dar, welche im Anschluß an eine Brustfellentzündung zuerst beobachtet worden waren. Die Erytheme erschienen leicht infiltriert, glänzend, pityriasis-ähnlich oder pruriginös und zeigten im Centrum die atrophischen Maculae. Mikroskopisch ergab sich: Verminderuog der Epidermis, deren normales Pigment verschwunden war. Im Derma Atrophie der Papillen, Rundzelleninfiltrat, einige Mastzellen, keine Plasmazellen, das Bindegewebe hyperplasiert, besonders fiel in der ganzen Ausdehnung der atrophischen Flecke eine Zellinfiltration zwischen Epidermis und tieferem Derma auf, aus welcher die elastischen Fasern völlig verschwunden waren. Der Verf. macht darauf aufmerksam, daß dies der erste an einem männlichen Individuum beobachtete Fall von Toxituberkulid mit großen Erythemen und makulöser Atrophodermie sei, während alle früheren Berichte der gleichen Affektion Frauen betrafen.

J.

7) **Ein Fall von Erythema perstans faciei (Erysipelas perstans faciei Kaposi),** von K. Kreibich. (Monatsh. f. prakt. Dermatologie. XLIII. Nr. 9.)

Aus den klinischen und anatomischen Tatsachen des Krankheitsfalles, der eine 32 jährige Arbeiterin betraf, ergibt sich, daß die Erkrankung eine akut einsetzende erythematöse Entzündung mit intensiverer Gefäßschädigung (fibrinöses Exsudat, fibrinöser Schorf) darstellt, welche unter Beibehaltung derselben anatomischen Veränderung zur Atrophie des Papillarkörpers führt. Am häufigsten erscheint diese Entzündung als hanfkorngroßes, erythematöses Knötchen; auch das Erythema perstans faciei vergrößert sich durch randständige ähnliche Knötchen, die später durch diffuse Rötung und Ödem miteinander konfluieren; die Erkrankung des Gesichtes und des Stammes sind

somit Ausdruck des gleichen Krankheitsprozesses. Seine anatomischen Veränderungen stimmen mit jenen des Lupus erythematosus corporis in den akuteren Formen überein. Als Besonderheit des beschriebenen Falles wäre hervorzuheben, daß vor Ausbruch des Erythema perstans kein chronischer Lupus erythematosus bestand. Schourp-Danzig.

8) **Die Leukoplakie der Mundhöhle,** von Max Joseph. (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 34.)

Unter Leukoplakie der Mundhöhle ist ein primärer Krankheitsprozeß auf der Zunge und der Wangenschleimhaut zu verstehen, der durch spontanes Erscheinen bläulich-weißer Flecke an Stelle der normalen Schleimhaut charakterisiert ist. Aus dem Umstande, daß die Leukoplakie vielfach bei Rauchern, andere Male im Zusammenhang mit Syphilis, mit Ichthyosis und mit Psoriasis vulgaris erscheint, ist der Schluß zu ziehen, daß alle diese verschiedenartigen Allgemeinerkrankungen einen prädisponierenden Boden schaffen, auf dem, wenn dazu die auslösende Schädlichkeit des Rauchens sich einstellt, die Leukoplakie gedeiht. Klinisch und histologisch hat die Leukoplakie nichts mit der Psoriasis vulgaris mucosae oris zu tun. Jedem Leukoplakiekranken ist das Rauchen aufs strengte für sein ganzes Leben zu verbieten; dadurch hören nicht nur die subjektiven Beschwerden ganz auf, sondern es kommt auch seltener zur Karzinombildung. Jede aktive Therapie kann stark reizen und daher die Karzinombildung befördern. Daher muß prinzipiell bei der Behandlung jede starke Reizwirkung vermieden werden. Empfehlenswert ist die Vornahme von Ätzungen mit Milchsäure in Lösungen von 5—10%, welche alle 2—3 Tage gemacht werden. In der Zwischenzeit kann Wasserstoffsuperoxyd zu Gurgelungen verwandt werden. Schourp-Danzig.

9) **Über Cerolin,** von E. Toff. (Med. Klinik. 1906. Nr. 29).

Das aus dem alkoholischen Hefeextrakte dargestellte Cerolin, welches die Fettsäuren der Hefe enthält, wurde vom Verf. bei Acne und Folliculitis, Furunkulose und einigen Fällen von Endometritis und Vaginitis gonorrhoica mit gutem Erfolge angewandt. Die Erfolge der Hefebehandlung beruhen nicht auf einer Tätigkeit der lebenden Zelle oder der Enzyme, vielmehr ist die Wirkung anscheinend an die Fettsubstanz der Hefe gebunden.

F. Biberstein-Gleiwitz.

10) **Die Behandlung der Nasenröte mittels des galvanischen Stromes,** von Kapp. (Beriner klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 37.)

Verf. hat von Reiniger, Gebbert und Schall eine Doppelelektrode anfertigen lassen, die mit einer Hand bedient wird und so die Galvanisation wesentlich vereinfacht. Eine Abbildung veranschaulicht die Konstruktion des Instrumentes. Lengefeld-Brandenburg a/H.

11) **Frühzeitiges Ergrauen der Cilien und Bemerkungen über den sogen. plötzlichen Eintritt dieser Veränderungen,** von Alfred Vogt. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. XLIV. 1906.)

An der Hand eines Falles, in welchem nach einer Iridocyclitis ein anscheinend plötzliches Ergrauen der Cilien beobachtet wurde, kommt Verf. zu dem Schluß, daß es sich beim sogen. plötzlichen Ergrauen wahrscheinlich gar nicht um eine Entfärbung der bereits pigmentführenden Haare handeln, sondern daß wohl immer nur die Pigmentlieferung von der Papille zum Haarschaft aufgehoben sei und es sich deshalb nur um das Auswachsen von vornherein pigmentlos angelegter Haare handele, die aber erst bei einer gewissen

Größe als grau gesehen würden, wodurch der Trugschluß von der Plötzlichkeit ihres Auftretens zu erklären sei. Amende-Bamberg.

12) **Plastische Induration des Penis und Dupuytrensche Kontraktur,** von Neumark. (Berliner klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 46.)

Verf. teilt aus der Posnerschen Klinik einen Fall von plastischer Induration mit, der mit Dupuytrenscher Fingerkontraktur kombiniert war. Es handelte sich um einen 39 jähr. kräftigen Mann, der nie an Geschlechtskrankheiten litt. Vor $2^1/_4$ Jahren bemerkte er an der Grenze des hinteren und mittleren Drittels des Gliedes eine erbsengroße Verdickung, die trotz aller Mittel (Jodvasogen, Ung. ciner., Thiosinamin, Fibrolysin) gewachsen ist. Bei schlaffem Gliede bestehen keine Beschwerden, bei der Erektion ein Druckgefühl an der Penisspitze. Die Induration ist als 6 cm langer, 1 cm breiter, nahezu drehrunder, ziemlich scharf abgesetzter Strang bei der Palpation zu fühlen. Daneben besteht eine Kontraktur des linken 4. Fingers. Ätiologisch wird zwar die Möglichkeit eines geringen Traumas gegeben, das aber keine Beschwerden verursacht hat und deshalb wohl auszuschließen ist. Dagegen hat Pat. früher Gichtanfälle gehabt. Da nun in einem Teil der Fälle von plastischer Induration gleichzeitig Gicht konstatiert werden konnte, und auch teilweise ein Zusammenhang von Dupuytrenscher Kontraktur und Gicht angenommen wird, so spricht auch vielleicht dieser Fall hierfür.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

13) **Über die Induratio penis plastica,** von Wälsch. (Münchener med. Wochenschrift. 1906. Nr. 41.)

Als Indurationen des Penis werden schwielige Folgeprozesse infolge von Blutungen bei Stoffwechsel- und Infektionskrankheiten, sowie Trauma, Endresultate akuter oder chronischer Gonorrhöen und tertiärer syphilitischer Infiltrate, und endlich beginnende Neubildungen angesehen. Mit diesen hat die Induratio penis plastica chronica nichts zu tun. Sie ist eine Erkrankung sui generis mit chronisch sich entwickelnden Knoten und Strängen in der Medianlinie des Dorsum penis und erst sekundärem Ergreifen der Schwellkörper. Von einzelnen Autoren wird diese als ein arteriosklerotischer seniler Prozeß oder als ein Analogon zur Holzphlegmone, von anderen als ein Morbus unbekannter Provenienz betrachtet. Die Therapie galt bisher als aussichtslos. Verf. berichtet über 3 Patienten im mittleren Lebensalter (31, 34 und 38 Jahre alt) und findet einen Erklärungsversuch in der Analogie zu der von Gefäßen ausgehenden, ebenfalls ätiologisch nicht aufgeklärten Bindegewebswucherung, die als Dupuytrensche Kontraktur an den Handflächen und selten auch an den Fußsohlen zur Beobachtung kommt. Therapeutisch hatte Verf. in einem Falle einen kompletten Erfolg mit intramuskulären Injektionen von Merckscher Fibrolysinlösung. Fibrolysin stellt ein Doppelsalz aus Thiosinamin und Natriumsalicylat dar. Dieser Behandlungsmodus, dessen genaue Technik im Original einzusehen ist, soll weiteren Kreisen zur Anregung dienen. G. Trautmann-München.

14) **Die Behandlung der Hyperhidrosis mit Vestosol,** von Saalfeld. (Therapeut. Monatshefte. 1906. Juni.)

Das wirksame Prinzip des Vestosol ist der Formaldehyd, welcher bis zu 2% bei Gegenwart anorganischer Metalloxyde (Zink und Bor) an ein neutrales Fettgemisch gebunden ist. Dem Salbenvehikel wird mit Vorteil Fetron beigefügt. Geeignete Geruchskorrigentien lassen den Geruch der Salbe als angenehm empfinden. Das Mittel, dessen desinfizierende, sowie desodorierende

Kraft bakteriologische Untersuchungen festgestellt haben, hat Verf. bei 50 Patienten mit Hyperhidrosis und zwar vornehmlich der Füße angewandt, indem es, ohne daß die Patienten vorher badeten, an drei bis vier aufeinanderfolgenden Tagen je einmal eingerieben wurde. Der Vorteil der von gutem Erfolge begleiteten Vestosolbehandlung gegenüber anderen Methoden liegt in der Einfachheit der Anwendung, im Mangel jeglicher Schädigung des Schweißdrüsenepithels, im Fehlen aller unangenehmen Nebenerscheinungen, sowie in seiner Wohlfeilheit, da für jede Behandlung 5—10 g der Salbe genügt. Auch für solche Affektionen, deren ätiologisches Moment in der übermäßigen Schweißabsonderung zu suchen ist, wie Pruritus ani scheint dem Verf. das Mittel geeignet.

Schourp-Danzig.

15) **The sexual status of the negro — past and present,** by Henry Mc. Hatton. (American Journ. of Dermatology and Genito-Urinary diseas. 1906. Nr. 1.)

Solange die Neger der nordamerikanischen Südstaaten, von Louisiana und Kuba Sklaven waren, hatten sie in patriarchalischer Abhängigkeit ein gutes Leben, das ihnen Unterhalt, angemessene Vergnügungen, Häuslichkeit und Gesundheit verbürgte und ihre Rasse stark erhielt. Nunmehr ist alles umgekehrt. Abgesehen von den traurigen Zuständen, die der Kampf ums Dasein schafft, haben die Neger zu ihrer Freiheit eine fast universelle Infektion mit venerischen Krankheiten und mit Tuberkulose darein bekommen. Ihre physische, geistige und moralische Degeneration schreitet unaufhaltsam fort und zerstört die Rasse, unterstützt durch alle Laster, welche die Zivilisation mit sich bringt. Nur bei Negern vom alten Schlag, wie er noch vor 50 Jahren auf den Plantagen die Regel war, wird man heutzutage noch tüchtige Elemente finden können.

G. Trautmann-München.

16) **L'hygiène conjugale chez les Hindous,** par Valentino. (Annales d. malad. d. org. genit.-urin. 1906. Nr. 9.)

Nur die Befruchtung, nicht der Geschlechtsverkehr ist dem Hindu der Zweck der Ehe; Kinderlosen bleibt das Paradies verschlossen. Den zeugungsunfähigen Mann darf die Frau zurückweisen; jedoch hat er das Recht, einen Nachkommen, den ihre unter gewissen Vorsichtsmaßregeln gestattete Cohabitation mit einem seiner Verwandten erzielt hat, als den seinen zu betrachten. Da die Wollust dem Volk für die Empfängnis notwendig scheint, sind ihm Anweisungen, die uns unglaublich pornographisch vorkommen, ein schätzbares Heiligtum. Man heiratet sehr früh, jedoch werden die jungen Gatten gewarnt, vor dem 16. bzw. 20. Jahre zu coitieren. An 14 Tagen der intermenstruellen Zeit ist die Cohabitation erlaubt; an den geraden gibt es Jungen, an den ungeraden Mädchen. Je seltener die Cohabitation, desto sicherer ist sie befruchtend; mehr als 1 mal die Woche ist verboten. Ebenso sind Damen über 55 bei den Hindus im Boykott. Frauen, die nicht arbeiten, empfangen selten. Für die verschiedenen, der Empfängnis schädlichen Genitalaffektionen werden allerlei innere und örtliche Heilmittel angegeben. Die letzte Zuflucht für die Sehnsucht nach dem Kind ist eine Wallfahrt zu den Tempeln der Ehegötter Siwa und Kamin; da die Frauen über Nacht bleiben müssen, um den Besuch der „Götter" zu empfangen, so ist es verständlich, daß die Gebete der Kinderlosen hier oft Erhörung finden. Den Beischlaf mit dem an Lepra oder Elephantiasis erkrankten Gatten darf die Frau nicht verweigern, aber dem geisteskranken kann sie sich versagen. Es ist von hohem Interesse, zu

sehen, wie das ganze Geschlechtsleben eines Volkes in allen seinen Äußerungen von dem einen Gedanken der Arterhaltung beherrscht wird.

Goldberg-Köln/Wildungen.

17) **Die kleinzellige Infiltration der Haut,** von Ernst Gebert. (Virchows Archiv. CLXXXIV. 1906.)

Die Tatsache, daß in sehr zahlreichen Schnitten durch die Haut von Neugeborenen, deren Organismus noch keinen entzündlichen Prozeß durchgemacht hatte, hauptsächlich neben den großen Gefäßen konstant, wenn auch nur spärliche Lymphozyten gefunden werden, ist dem Verf. eine Bestätigung der Ribbertschen Lehre, derzufolge die kleinzellige Infiltration nicht durch Emigration aus den Gefäßen zu erklären ist, sondern die Lymphozyten liegen schon im normalen Zustande neben den Gefäßen und vermehren sich bei entzündlichen Reizen, die die Haut treffen. Amende-Bamberg.

18) **Über Phenyform,** von A. Stephan. (Therapeut. Monatshefte. 1906. Nr. 11.)

Aus des Verf.'s Versuchen geht hervor, daß Phenyform bezüglich der antibakteriellen Eigenschaften dem Jodoform gleichwertig ist. Es ist Phenyform im Gebrauch wesentlich sparsamer als Jodoform. Die Gewichte gleicher Volumina Phenyform und Jodoform verhalten sich wie 1 : 7. Schourp-Danzig.

19) **Über Phenyform, ein neues antiseptisches Streupulver,** von Adolf Schuftan. (Therapeut. Monatshefte. 1906. Nr. 9.)

Verf. verwendet seit $2^1/_2$ Jahren als Ersatz des Jodoform das Phenyform bei Ulcera mollia et dura, Panaritien, Herpes genitalis, Balanitis, Ekzem, eiternden Wunden und bei Gonorrhoe in Form von Phenyformurethralstäbchen in $20^0/_0$iger Zusammensetzung. Es wirkte überall gut austrocknend, zeigte sich stets reizlos, erzeugte niemals Ekzeme oder Vergiftungserscheinungen und rief eine Granulation der Wundflächen hervor, wie sie Verf. bei keinem ihm bisher bekannten antiseptischen Streupulver gefunden hat. Schourp-Danzig.

20) **Über Unguentum sulfuratum mite (Theyolip),** von Richard Ramshorn. (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 37.)

Theyolip ist ein neuer Name für das von Vörner angegebene Thiolan (Unguentum sulfuratum mite). Diese $1^0/_0$ige Schwefelsalbe bewährte sich nach Angaben des Verf.'s bei Prurigo, Urticaria, Pityriasis versicolor, Scabies, Acne rosacea und vulgaris. Bei Psoriasis wurden Zusätze von $1^0/_0$ Pyrogallol und $0{,}5^0/_0$ Chrysarobin gegeben, was denselben Erfolg hatte wie die hochprozentigen Salben derselben Arzneistoffe. Für die Behandlung des behaarten Kopfes ist ein verdünntes Präparat in Tuben empfehlenswert. Auch ein Fall von Xeroderma pigmentosum Kaposi und von Pemphigus pruriginosus wurde durch die Salbe recht gut beeinflußt. Schourp-Danzig.

21) **Über die Verwendung des Jothion. Therapeutische Mitteilung aus der Praxis,** von Max Berliner. (Therapeut. Monatshefte. 1906. Nr. 9.)

Bei Ekzem des Naseneinganges leistete das Jothion in $10^0/_0$iger Konzentration mit Vaselin. flav. gute Dienste. Schourp-Danzig.

22) **Die wichtigsten Erkrankungen der Haut (mit Ausnahme der tuberkulösen Hautaffektionen),** von E. Galewsky. (Sonderdruck aus Pfaundlers und Schloßmanns Handbuch der Kinderheilkunde. 1906.)

Die Häufigkeit der Hautkrankheiten im Kindesalter ist eine so bedeutende, daß es wohl gerechtfertigt erscheint, deren Bearbeitung einem Dermatologen zu übertragen. Dieser Aufgabe hat sich Verf. in einer glänzenden Weise unterzogen. Eine kurze präzise Beschreibung gibt das wesentliche wieder.

Die Therapie wird besonders ausführlich und klar geschildert. Dazu kommt eine große Reihe ausgezeichneter, schwarzer makro- und mikroskopischer Abbildungen. Besonders gelungen sind aber noch die 5farbigen Tafeln nach Moulagen aus dem Dresdner Säuglingsheim. Die Bearbeitung wird nicht nur dem Kinderarzt, sondern auch dem Dermatologen sehr willkommen sein. J.

23) **Ein neuer Gesichtspunkt in der Therapie der Furunkulose,** von Seligmann. (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 42.)

Nach Schimmelbusch entsteht die Furunkulose durch das Zusammentreffen zweier Momente: der Anwesenheit von Staphylokokken auf der Haut und der Einreibung derselben in die Haarbälge. Als vermittelndes Glied fügt Verf. die momentane Disposition in Gestalt eines Ekzems oder Status eczematosus der Haut ein, da nach seiner Erfahrung antiekzematöse Mittel die Furunkulose kupieren, ekzembegünstigende dagegen die Rezidive mehren. Schourp-Danzig.

24) **Behandlung des Furunkels, Karbunkels und der Phlegmone,** von Enderlen. (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 42.)

Die Saugbehandlnng nach Bier hat sich bei Furunkeln und Karbunkeln so gut bewährt, daß auf die Kauterisation, Karbolsäureätzung des beginnenden Furunkels, auf die feuchten Verbände, Alkoholumschläge, Cellulit, Inzision, Kreuzschnitt, Exzision verzichtet werden kann. Die Behandlungsdauer wird durch das Saugen entschieden abgekürzt, das kosmetische Resultat ist besser als nach breiter Inzision oder Kauterisation. Schourp-Danzig.

Progressive Ernährungsstörungen der Haut.

25) **Report of two cases of cancer treated with trypsin injections and lotio pankreatis locally,** by Robert H. Davis. (Medic. Fortnightly. 1906. 10. August.)

Für inoperable Karzinome empfiehlt Verf. Einspritzungen von Trypsin nach vorhergehender Eucaïn-Injektion, lokale Applikation von Lotio pankreatis, nachts Umschläge mit Borwasser, innerlich Holadin. In den beiden berichteten Fällen, Karzinom am Peritoneum und auf der Stirn, hatten sich die verschiedensten Methoden völlig erfolglos erwiesen. Die beschriebene Behandlung, welche keine schädlichen Nebenwirkungen zeitigte, bewirkte Linderung der Schmerzen, Verminderung der Sekretion und des Fötus, Besserung des Appetits und Allgemeinbefindens und eine anscheinende Verlangsamung im Wachstum des Geschwüres. J.

26) **Notes on the treatment of epithelioma by means of caustic potash,** by A. v. Starlingen. (Journ. of Cutan. Diseases. 1906. August. Nr. 8.)

Die ausgezeichneten Erfolge der Röntgen-Behandlung bei Haut-Epitheliomen sollen die Anwendung älterer Behandlungsmethoden nicht ausschließen, wenn der betreffende Fall für sie geeigneter erscheint. Verf. hat eine Reihe von Untersuchungen mit kaustischen Mitteln gemacht. Von seinen Erfolgen mit Kaliumkarbonat (caustic potash) teilt er folgendes mit: 1) In einer gewissen Anzahl von Fällen lassen sich Haut-Epitheliome am besten mit Kaliumkarbonat behandeln. 2) Diese Fälle sind kleine, gut abgegrenzte Effloreszenzen von $^1/_2$ bis zu 1 oder gar 2 cm Durchmesser, wie man sie hauptsächlich im Gesicht und in dessen nächster Umgebung findet. 3) Größere Neubildungen werden am besten mit Röntgen-Strahlen behandelt. Doch bedient man sich

hier der Kaustika, um die verhornte Epithelschicht zu erweichen und abzulösen. 4) Fälle, die mit kaustischen Mitteln behandelt wurden, werden in dem Heilungsprozeß durch Röntgen-Strahlen nicht beeinflußt, d. h. es findet keine Beschleunigung in der Narbenbildung statt. In der auf den Vortrag folgenden Diskussion werden verschiedene Kaustika von erprobter Wirkung angeführt. Darunter sind zu erwähnen: Kaliumkarbonat, in Verbindung mit Pyrogallol, ferner Formalin, welches Dr. Ravogli bei oberflächlichen Epitheliomen mit bestem Erfolg angewandt hat. Dr. Stelwagon sieht den Hauptvorzug der Kaustika in ihrer schnellen Wirkung. In allen Fällen, wo die Patienten nur selten den Arzt konsultieren können, ist ihre Anwendnng deshalb geraten. Allerdings muß Vorsicht wegen der Tiefenwirkung geübt werden.

Solger-Rostock.

27) **Vier Fälle von Epithelcysten,** von Leopold Klein. (Münchener med. Wochenschrift. 1906. Nr. 32.)

Der makro- und mikroskopische Bau eines Volarfalles, sowie von 3 Fällen an den Fingern zeigte alle Merkmale von Epithelcysten.

G. Trautmann-München.

28) **Ausgebreitete Keloidbildung nach Verbrennung,** von H. Steinheil. (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 35.)

Ein 3jähriger Knabe trug große Narben nach einer Verbrühung mit heißem Wasser davon. 1 Jahr nach dem Unfall hatten sich die Narbenflächen in auffallender Weise verändert, indem sich auf ihnen geschwulstartig mit unregelmäßigen Fortsätzen hoch über das Niveau der Umgebung rötlich, sich derb anfühlende Gewebsmassen erhoben. Nach der Annahme des Verf.'s entsprachen die hyperplastischen Partien den Stellen, an welchen die tiefste Zerstörung stattgefunden hatte.

Schourp-Danzig.

29) **Zur Kasuistik der subkutanen Geschwülste an den Fingern,** von Durlacher. (Münchener med. Wochenschrift. 1906. Nr. 32.)

Geschwulst, innerhalb 20 Jahre im subkutanen Bindegewebe des rechten Zeigefingers zu Hühnereigröße gewachsen. In histologischer Beziehung gleicht der Tumor einerseits den Desmoiden, andererseits läßt der Zellreichtum auch die Deutung eines Fibrosarkoms zu.

G. Trautmann-München.

30) **Simple observation d'un naevus mélanique traité par diverses méthodes,** par Leredde et Martial. (Rev. pratique d. malad. cutan., Syphil. et vener. 1906. Nr. 1.)

Nicht zu Ende geführte Beobachtung eines melanotischen Nävus, der unter Kauterisationen und Radiotherapie immer wieder rezidiviert war, sich vergrößerte und Drüsenschwellungen zeigte. Falls man sich überhaupt zu einer Behandlung verdächtiger melanotischer Naevi entschließt, ist die einzig rationelle Methode die radikale Exzision weit im Gesunden.

Amende-Bamberg.

31) **Lymphangioma circumscriptum cysticum cutis,** von Grouven. (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 44.)

Bei einem 20jährigen Manne ist die Haut des Scrotum bis an die Peniswurzel verdickt, derb infiltriert, nicht fluktuierend. Die Hautoberfläche zeigt ausgedehnte vitiliginöse Pigmentverschiebungen, zahlreiche pigmentierte Narben, stecknadelkopfgroße Bläschen mit hellem Inhalt. Der linke Oberschenkel ist an der Innenseite durch eine im subkutanen Gewebe liegende, derb elastische, nicht fluktuierende, flache Anschwellung von unscharfer Begrenzung verdickt. Die Drüsen der linken Inguinalgegend sind leicht ge-

schwollen, nicht schmerzhaft. Die klinische Diagnose wurde durch Untersuchung eines exzidierten, in Formol-Müller gehärteten Hautstückes vom Scrotum bestätigt. Die lymphangiomatösen Veränderungen erstreckten sich bis tief in das subkutane Gewebe. Außerdem fanden sich erhebliche entzündliche Infiltration, Dilatation und Wandveränderungen der Blutgefäße und ausgesprochene Vermehrung des kollagenen Gewebes. Schourp-Danzig.

32) **Ein Fall von angeborener Onychogryphosis sämtlicher Nägel,** von Bettmann. (Deutsche med. Wochenschr. 1906. Nr. 33.)

Ein jetzt 6 jähriger Knabe hat seit Geburt eine Onychogryphosis sämtlicher Nägel, für deren Entstehung Verf. eine embryonale Störung annimmt. Eine erbliche Belastung des psychisch völlig normalen Patienten fehlt.

Schourp-Danzig.

33) **A case of lupus erythematosus in early childhood. A clinical memorandum,** by F. Schamberg. (Journ. of Cutan. Diseases. 1906. August. Nr. 8.)

Verf. beschreibt einen Fall von Lupus erythematosus bei einem 4 jähr. Mädchen, den er wegen der extremen Seltenheit des Vorkommens für mitteilenswert hält. Eine Photographie illustriert den Artikel. Das Kind war im übrigen von robuster Gesundheit, ebenso sind die Eltern gesund.

Solger-Rostock.

34) **Über idiopathische Hautatrophie und Sklerodermie,** von Rusch. (Dermatolog. Zeitschrift. 1906. November.)

Das gewiß gar nicht so seltene, keineswegs bloß zufällige Zusammentreffen der idiopathischen Hautatrophie mit den klinisch wichtigsten und essentiellen Symptomen der Sklerodermie muß als ein weiterer Beweis für verwandtschaftliche Beziehungen aufgefaßt werden, die zwischen diesen beiden Erkrankungen bestehen. Jedenfalls deuten solche Fälle von idiopathischer Hautatrophie, in deren klinischem Bilde zeitweise wenigstens und an beschränkten Örtlichkeiten auch Sklerodermieherde erscheinen, auf die außerordentliche Vielgestaltigkeit dieser Erkrankung hin, für deren Genese gewiß nicht ein einheitlicher anatomischer Vorgang, sondern ein Komplex verschiedenartiger pathologischer Prozesse in Frage kommt. Diesen Übergangsfällen lassen sich Beobachtungen gegenüberstellen, bei welchen im klinischen Bilde der Sklerodermie Herde von idiopathischer Hautatrophie auftreten. Es existiert eine Gruppe von Erkrankungen, die der circumskripten Sklerodermie oder Morphaea außerordentlich nahe stehen, beziehungsweise mit dieser identisch genannt werden müssen, und die in ihrem Verlaufe der idiopathischen Hautatrophie insofern gleichen, als sich an ein anfänglich erythematöses Vorstadium unmittelbar der zur atrophischen Narbe führende Gewebsschwund anschließt, ohne daß ein Stadium der Verhärtung, Stadium elevatum zur Beobachtung käme; die Atrophie, bzw. atrophische Narbe tritt demnach scheinbar idiopathisch in Erscheinung. Die mangelhafte Kenntnis solcher atypischen Sklerodermie-Erkrankungen rechtfertigt die genaue Wiedergabe eines vom Verf. beobachteten Falles, bei welchem die charakteristische Bindegewebshypertrophie entweder gänzlich ausblieb, oder so flüchtig und geringfügig war, daß sie klinisch gar nicht in Erscheinung trat. Man erhielt so den Eindruck, daß sich dem erythematösen Anfangsstadium der zur atrophischen Narbe führende Gewebsschwund unmittelbar anschloß. Damit nähert sich diese Sklerodermieform in ihrer äußeren Erscheinung dem klinischen Ablauf partieller idiopathischer Hautatrophie, weshalb Verwechselungen dieser beiden Dermatosen

erklärlich werden. Die Zugehörigkeit zur Sklerodermie kann in diesem Falle nicht von dem Vorhandensein oder Fehlen eines einzigen, wenn auch noch so wesentlichen und eigenartigen Symptoms abhängig gemacht werden; hier entscheidet die Summe aller übrigen klinischen Merkmale und Tatsachen hinsichtlich Lokalisation, Form, Ausdehnung, Verlauf und Ausgang, die in diesem Falle in überzeugender Weise die Diagnose zirkumskripte Sklerodermie sicher stellten.

Immerwahr-Berlin.

35) **Die Veranlassung von zwei Sklerodermiefällen,** von M. D. Chanutina. (Russk. Wratsch. 1906. Nr. 37.)

In dem einen Falle (18jähriges Mädchen, starb an Erysipel) handelte es sich um eine diffuse Sklerodermie, im anderen (41jährige Frau) um Sklerodaktylie und Sklerodermie der Nase. Letztere Patientin litt auch gleichzeitig an Hämaturie (Nephritis) und starb am 4. Beobachtungstage. Die Verfasserin unterzog in beiden Fällen erkrankte Hautpartien einer genauen mikroskopischen Untersuchung und gelangt zum Resultat, daß primär sicherlich das Gefäßsystem erkranke (kleinzellige Infiltration um die Gefäße) und daß die hypertrophischen und nachträglich atrophischen Prozesse Erscheinungen sekundärer Natur seien.

S. Prissmann-Libau.

Chronische Infektionskrankheiten der Haut.

36) **Lupus pernio,** von Polland. (Dermatolog. Zeitschrift. 1906. November.)

Lupus pernio ist eine eigenartige, höchst wahrscheinlich in die Reihe der Hauttuberkulosen gehörige Erkrankungsform. Lupus pernio stellt eine selbständige Erkrankung dar, die sich durch ihren typischen Gesamtcharakter von allen Formen des Lupus vulgaris abgrenzen läßt. Die das Krankheitsbild zusammensetzenden Elemente lassen zwei Formen unterscheiden: a) eine tumorartige mit besonderem Hervortreten der Gefäßerweiterung, welche in den tieferen Hautschichten sitzt und keine gesonderten Knötchen erkennen läßt, b) eine oberflächlichere, welche in Form von lupusähnlichen Knoten im Gesicht und an der Streckseite der Extremitäten auftritt und eine gewisse Symmetrie erkennen läßt. Der Gesamtcharakter des Lupus pernio ist bedingt durch die Beteiligung des Gefäßsystems im Sinne einer venösen Stauung, in welcher auch der Grund für die eigenartige Form und Lokalisation des, höchst wahrscheinlich tuberkulösen Prozeßes zu suchen ist.

Immerwahr-Berlin.

37) **Maceks Handbuch der Hautkrankheiten.** 17., 18. und 19. Abteilung. (Wien 1906, Hölder.)

Im Schneckengange nähert sich allmählich das Handbuch der Hautkrankheiten, über dessen einzelne Teile wir in unserem Centralblatt schon mehrfach berichtet haben, der Vollendung. Die vorliegenden drei Abteilungen werden noch ganz ausgefüllt von der Bearbeitung der Tuberkulose der Haut durch Jadassohn. Schon die Ausdehnung dieser Monographie, welche sich auf die 16., 17., 18. sowie 19. Abteilung erstreckt und in dieser nun abgeschlossen vorliegt, läßt erkennen, auf welch umfangreicher Basis Jadassohn sein Thema aufgebaut hat. Mit eigener großer Erfahrung nicht nur auf klinischem, sondern auch auf histologischem und therapeutischem Gebiete verbindet Jadassohn eine so enorme Literaturkenntnis, daß deren Bewältigung und übersichtliche Anordnung geradezu Staunen erregen muß. Ich kenne keine Monographie dieses Gebietes, welche mehr nach jeder Richtung sowohl für den praktischen Arzt wie für den Spezialisten empfohlen werden könnte,

als die vorliegende. Die zweite Hälfte der 19. Abteilung wird von Rieckes Bearbeitung der Lichen scrophulosorum ausgefüllt. Die bis ins Einzelne gehende Detailzeichnung des klinischen Bildes gibt ebenfalls unter Berücksichtigung der gesamten Literatur Aufschluß über den heutigen Stand unseres Wissens dieser Affektion. Im Interesse der Gleichmäßigkeit des Handbuches wäre es gewesen, manchen anderen Abschnitt in gleicher Weise zu bearbeiten. J.

38) **Über Tuberkulose der Mamma,** von Geissler. (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 44.)

Die Tuberkulose der Mamma kann auf drei Wegen entstehen: 1) auf dem Wege der Blutbahn; 2) von außen her durch die Ausführungsgänge; 3) durch Infektion von einer Verletzung her durch die Lymphbahnen. Vor der Pubertät tritt die Krankheit nicht auf; sie bevorzugt das dritte bis fünfte Dezennium. Unter 39 bekannt gewordenen Fällen befinden sich nur zwei Männer. Die Krankheit tritt in zwei Hauptformen auf, zwischen welchen Übergänge mäglich sind: in der Form des kalten Abszesses und in der Form der disseminierten Tuberkulose. Differentialdiagnostisch kommen außer Karzimon namentlich Syphilis in Betracht. Von letzterer ist namentlich die Form der diffusen Infiltration bei der Palpation der disseminierten der Tuberkulose sehr ähnlich. Der andersartige Verlauf, die Reaktion auf antisyphilitische Heilmittel werden den Charakter des Leidens kenntlich machen. Knoten der Mamma vor der Pubertät sind immer syphilitischen Ursprunges. Kommen Gummata zum Durchbruch durch die gerötete, verdünnte Haut, so führen das schmutziggraue, gummiartige Sekret und das Fehlen der schlaffen, tuberkulösen Granulationen zur richtigen Diagnose. Schourp-Danzig.

39) **Nachtrag zu der Abhandlung: „Neue Beobachtungen bei der Jodoformbehandlung der Lepra“ in Nr. 23 der Deutschen med. Wochenschrift,** von Diesing. (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 45.)

Im Memeler Lepraheim wurde bei vier Leprösen die Jodoformbehandlung eingeleitet. Es wurde ein Schwinden der Knoten festgestellt. In dem einen behandelten Fall trat nach zwei Jodoforminjektionen hohes und wochenlang anhaltendes Fieber ein, was mit der Erfahrung, daß Lepröse auf Jodzufuhr mit Fieber reagieren, im Einklang steht. Die vom Verf. in einer früheren Mitteilung geäußerte Ansicht über die Wirkungsart des Jods in statu nascendi auf den leprös erkrankten Organismus — Abtötung der Leprabazillen und Bildung von Antikörpern — erfährt dadurch eine Stützung.

Schourp-Danzig.

Gonorrhoe und deren Komplikationen.

40) **Zur internen Therapie der Blennorrhöen,** von W. Friedländer. (Therapeut. Monatshefte. 1906. Nr. 10.)

Die vereinigten chemischen Fabriken Julius Norden & Co. in Berlin verfertigten eine Mischung von Salol in Olivenöl und Leinsamen unter dem Namen Oliophen. Verf. verwandte dies Mittel bei akuter und subakuter Urethritis anterior, posterior und Urethrocystis blennorrhoica und will mit dem angenehm zu nehmenden, antiseptisch und kalmierend wirkenden Medikament das teuere, schlecht schmeckende und oft von unerwünschten Nebenerscheinungen begleitete Oleum Santali und auch dessen Kombinationen ersetzt wissen. Schourp-Danzig.

41) **Zur Statistik des Trippers beim Manne und seiner Folgen für die Ehefrauen,** von Wilh. Erb. (Münchener med. Wochenschrift. 1906. Nr. 48.)

Unter kritischer Vergleichung bisheriger Tripperstatistiken, insbesondere derjenigen von Blaschko, glaubt Verf. auf Grund eigener Zusammenstellungen konstatiert zu haben, daß wenigstens in den von ihm bearbeiteten Bevölkerungsschichten der Tripper auch nicht entfernt die große, die Gesundheit der Ehefrauen, das Glück der Ehe und die Volksvermehrung aufs Schwerste beeinträchtigende Bedeutung hat, die man ihm von manchen Seiten zuschreibt und zu agitatorischen Zwecken proklamiert. Das wichtigste Ergebnis scheint dem Verf. zu sein, daß doch der Tripper in den allermeisten Fällen heilbar ist und auch geheilt wird. G. Trautmann-München.

42) **Zur Beurteilung der Erbschen Statistik des Trippers beim Manne und seiner Folgen für die Ehefrauen,** von C. Kopp. (Münchener med. Wochenschrift. 1906. Nr. 51.)

Daß der Tripper spontan oder durch geeignete Behandlung zur Ausheilung kommt, ist eine allgemein bekannte Tatsache. Daß aber der Tripper in seinen chronischen Formen ungeheilt bleibt und so oder durch Verkennung der Erkrankung vonseiten des Trägers schwere gonorrhoische Entzündungen der Ehefrauen nach sich zieht, scheint dem Verf. auch durch die Erbsche Statistik eher bewiesen als widerlegt. Eine einwandfreie Statistik über Tripperkrankungen läßt sich aus naheliegenden Gründen überhaupt nicht herstellen. Es besteht aber trotz gegenteiliger statistischer Resultate nicht der geringste Anlaß die Gonorrhoe wieder wie früher als eine Bagatellkrankheit aufzufassen. Die agitatorischen „Übertreibungen" neuester Zeit bewegen sich im Rahmen der Hervorhebung der üblen Seiten bei Außerachtlassung einer Behandlung. Verf. empfiehlt weder übermäßige Schwarzmalerei, noch rosenfarbene Brillen, sondern einfach sich auf den Boden der Tatsachen zu stellen. Und diese gestatten keinen Optimismus. G. Trautmann-München.

43) **Zur Behandlung der Epididymitis gonorrhoica,** von C. Schindler. (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 5.)

Bei 23 Fällen, welche über 40 mal punktiert wurden, ergab sich, daß die Punktion so einfach und so wenig schmerzhaft ist, daß sie außerhalb der Klinik jeder Arzt auch in der Ambulanz ohne jede Lokalanästhesie ausüben kann und daß üble Folgen nach der Punktion nicht zu befürchten sind; die subjektiven Symptome, Schmerzen uud Spannung wurden sofort durch die Punktion beseitigt, die objektiven Symptome, das Fieber und die Beschleunigung der Resorption des Infiltrates werden so günstig beeinflußt, daß die Kranken ganz erheblich eher erwerbsfähig werden. Es besteht für die Punktion keine Kontraindikation. Die Stauungsbehandlung kann nach Ansicht des Verf.'s nur in der Klinik vorgenommen werden; für sie bildet die häufig die Epididymitis begleitende Funiculitis eine Kontraindikation. Auch die Punktion gewährleistet ebensowenig wie eine andere Methode eine völlige Restitutio ad integrum, so daß bei jeder Epididymitis ein Zurückbleiben von Infiltraten, namentlich in der Cauda, zu befürchten ist. Es ist daher, weil alle Behandlungsmethoden bisher unzulänglich sind, die größte Aufmerksamkeit auf die Prophylaxe zu verwenden, damit die akute Gonorrhoe anterior nicht durch eine posterior mit Epididymitis kompliziert wird. Schourp-Danzig.

44) **Die Wirkung von Fibrolysininjektionen bei Harnröhrenverengerungen,** von Schourp. (Therapeut. Monatshefte. 1906. Dezember.)

Mitteilung von drei Fällen von Harnröhrenverengerungen, bei welchen Fibrolysininjektionen sich als wesentliches Hilfsmittel der dilatierenden Behandlung erwiesen. Das Fibrolysin erleichtert durch Erweichung des die

Stenose umgebenden Narbengewebes die mechanische Behandlung, beschleunigt dadurch die Heilung und wirkt dem Eintritt von Rezidiven entgegen. Letzteres geht besonders aus einem Falle hervor, in welchem nach sieben Monaten die Kontrolluntersuchung eine gute Durchgängigkeit ergab. Autoreferat.

45) **La blennorragie (formes rares et peu connues),** par Louis Jullien. (Paris 1906, Baillière.)

Das interessante Werk gibt eine Fülle von Anregung und eine große Anzahl neuer Gesichtspunkte. So schätzt der Verf. die Häufigkeit der anorektalen Gonorrhoe auf 5 %, sie werde nur meistens mangels subjektiver Symptome übersehen. Er macht auf ein objektives Merkmal aufmerksam, das man, wie Referent bestätigen kann, gar nicht so selten zufällig bei der Prostatamassage findet, das sind kleine Knötchen in der Rektalschleimhaut, die abgekapselten Abscessen der Lieberkühnschen Drüsen entsprechen sollen. Der Verf. wirft die Frage auf, ob die bei Frauen nicht seltenen Rektalstrikturen, die meistens als luetisch angesprochen werden, oft durch die gerade bei Frauen so häufige rektale Gonorrhoe verursacht sein können. Ebenso wie er einige Fälle von Coryza der Neugeborenen auf eine gonorrhoische Infektion der Nasenschleimhaut zurückführen will. Bei Peritonitis kleiner Mädchen rät Verf. niemals die Untersuchung der Genitalien zu verabsäumen, da die primäre gonorrhoische Vulvitis leicht übersehen wird. Verf. erklärt sich für eine Urethritis sui generis nach Koitus mit einer menstruierten Frau; gerade diese Urethritiden seien oft äußerst hartnäckig. Die sogenannten aseptischen Urethritiden durch den Reiz eines „reinen“ Koitus seien häufiger als die gonorrhoische Urethritis; wenn hierbei einige Bakterien nachgewiesen würden, könne man noch nicht von einer Bakterienurethritis sprechen, bevor nicht erwiesen sei, daß diese Bakterien tatsächlich pathogen seien. Dagegen seien richtige Bakterienurethritiden nicht weniger zu fürchten als die gonorrhoischen, da sie bei der Frau Metritiden verursachen, außerdem ebenso durch Rheumatismus und Epididymitis kompliziert werden können. Verf. widmet ein großes Kapitel den gonorrhoischen Ulzerationen; diagnostisch wichtig sind besonders die oberflächlichen Ulzerationen der Glans, die nach Verf. oft mit tiefergreifenden Ulzerationen der Balanitis erosiva oder venerischen Geschwüren verwechselt werden. Amende-Bamberg.

Syphilis.

46) **Durch Syphilisimpfung erzeugte Keratitis parenchymatosa beim Kaninchen,** von Scherber. (Wiener klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 24.)

In der vorläufigen Mitteilung berichtet Verf. über eine Keratitis des Kaninchenauges, welche durch zur Nachprüfung der Siegelschen Versuche vorgenommene Einführung luetischen Materiales in die vordere Augenkammer erzeugt wurde. Es ist dadurch zum erstenmal gelungen, experimentell eine durchaus der menschlichen gleichende Keratitis parenchymatosa hervorzurufen.

Amende-Bamberg.

47) **Über das Vorhandensein syphilitischer Antistoffe in der Cerebrospinalflüssigkeit von Paralytikern,** von A. Wassermann und F. Plaut. (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 44.)

Von 41 Lumbalflüssigkeiten, welche von Paralytikern stammten, ergaben 32 bei der Mischung mit einem aus Leber und Milz luetischer Föten hergestellten Extrakt deutliche Hemmung der Haemolyse, in der Menge von 0,2—0,1 Extrakt oft vollkommene Aufhebung derselben, während die ver-

wendeten Extrakte bzw. die Lumbalflüssigkeit allein die Haemolyse nicht hemmten. In 4 Fällen trat eine undeutliche Hemmung, in weiteren 5 Fällen keine Hemmung ein. Diese gleichen Lumbalflüssigkeiten, mit Extrakten aus Organen nicht syphilitischer Föten gemischt, ergaben keine Hemmungen der Haemolyse. 19 Lumbalflüssigkeiten, die von Individuen ohne Syphilis stammen, ergaben mit den Extrakten syphilitischer Organe, mit denen die Spinalflüssigkeiten von Paralytikern stark hemmten, keine Hemmung. Danach unterscheidet sich durch diese Reaktion die größte Anzahl der Lumbalflüssigkeiten der Paralytiker in spezifischer Weise von derjenigen der nicht luetischen bzw. nicht paralytischen Personen. Auch die Lumbalflüssigkeiten von 3 Genickstarrekranken verhielten sich, gemischt mit dem Extrakt aus luetischen Organen, negativ, d. h. sie hemmten nicht die Haemolyse. 3 Versuchstabellen verzeichnen die Ergebnisse der Untersuchungen der Verff., durch welche sie den exakten Nachweis lieferten, daß in der Spinalflüssigkeit bei der Mehrzahl der untersuchten Fälle von Paralyse spezifisch luetische Antisubstanzen vorkommen, d. h., daß diese Individuen früher Lues hatten bzw. noch haben. Aus einer 4. Tabelle geht hervor, daß die Lumbalflüssigkeit in 2 Fällen Paralyse in Verbindung mit luetischem Extrakt eine etwas stärkere Wirkung zeigte als das Serum der betreffenden Patienten, während bei einem 3. Kranken der Gehalt im Serum etwas überwog. Schourp-Danzig.

48) **The contagiousness of gumma,** by Charles Mallory Williams. (Medic. Record. 1906. Juli.)

Verf. gibt eine überaus eingehende Literaturübersicht der einschlägigen Beobachtungen, aus welcher hervorgeht, daß Übertragung der Syphilis durch Gummata zwar selten, aber nicht unmöglich sei. Weniger gefahrdrohend als die Frühsymptome der Lues sei das Gumma, allerdings auch das verhältnismäßig seltenere Vorkommen tertiärer Stadien, durch seine meist tiefere Lokalisation im Gegensatz zu den auf der Hautoberfläche gelegenen sekundären Exanthemen, durch das späte Auftreten und das erschreckende Aussehen, welches den Pat. frühzeitig antreibt, ärztliche Behandlung zu suchen. In vielen Berichten über Ansteckung durch ein Gumma ist es zweifelhaft, ob nicht gleichzeitig bestehende sekundäre Erscheinungen die Krankheit vermittelten, oft ist die Infektionsquelle nicht sicher nachzuweisen gewesen. Verf. ist ferner der Meinung, daß bei einem Individuum, dessen Blut und Gewebe mit Lues durchseucht sind, nicht nur syphilitische Efflorescenzen, sondern auch jede zufällige Erosion die Übertragung der Krankheit auf eine hiermit in Berührung kommende Person zustande bringen könne. Hierher gehören die Ansteckungen von Ärzten bei Operation gummösen Gewebes. Das zeitliche Durcheinandergehen der sekundären und tertiären Symptome, frühes Erscheinen des Gumma, spätes Auftreten von Papeln usw. tragen gleichfalls nicht dazu bei, diese Frage zu klären. Tatsache bleibt, daß viele Männer mit gummösen Läsionen ihre Ehefrauen nicht infizierten. Tierexperimente ergaben, daß neben wenigen positiven Resultateu, die meisten Impfungen mit tertiärem Material negativ verliefen, und zwar zeigten die gleichen Tiere, welche auf die gummöse Impfung nicht reagiert hatten, einen typischen Schanker bei der späteren Inokulation sekundären Materiales. Zum Schlusse führt Verf. noch das Fehlen der Spirochaete pallida in gummösen Produkten an. J.

49) **Chancres syphilitiques nains de la lèvre et de la langue,** par Benjamin Bord. (Annales de dermatologie et de syphilis. VII. 1906. Nr. 7.)

Verf. berichtet einen eigentümlichen Fall von syphilitischem, winzig kleinem Zungenschanker und miliarem Schanker der Lippe bei gleichzeitig bestehendem Primäraffekt an den Genitalien eines 49 jährigen Mannes. J.

50) **Dual genital and extragenital chancres — chancre à distance,** by M. L. Heidingsfeld. (Medic. Record. 1906. August.)

Der vom Verf. beobachtete Fall interessiert durch die fast gleichzeitige genitale und extragenitale Infektion einer 21 jährigen Frau. Beide Schanker trugen den ausgeprägten, typischen Charakter des Primäraffektes und waren in weiter Entfernung voneinander, Tonsille und Labium majus, auf dem Körper verteilt. Auffallend war der lange Zeitraum von 5 Monaten zwischen dem Entstehen der Initialläsionen und dem Auftreten sekundärer Erscheinungen. J.

51) **Weitere Beiträge zur ätiologischen Therapie der Syphilis,** von L. Spitzer. (Wiener klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 38.)

Die Technik seiner früheren Versuche hat Verf. dahin geändert, daß eine größere und konzentriertere Menge, nämlich 2 ccm, Skleroseaufschwemmung in der Konzentration von 1:200 bis 1:40 subkutan einverleibt wurden. Insgesamt hat er bis jetzt 20 Luetiker mit dieser Methode behandelt, von denen sieben während einer Beobachtungsdauer von 2 Jahren ohne Sekundärerscheinungen blieben. Die Drüsen involvierten sich während der Einspritzungen rasch, verharrten zum Teil in der Rückbildung, begannen aber in anderen Fällen beim Aussetzen der Injektionen wieder anzuschwellen. Ohne sein Verfahren als ein unbedingtes Heilmittel hinstellen zu wollen, betont Verf., daß bei dem sonst so überaus seltenen Ausbleiben von Sekundärsymptomen bei deutlich erkennbarem Primäraffekt seine Beobachtungen von sieben solcher Fälle unter 20 Patienten doch für einen relativ hohen und bemerkenswerten Prozentsatz gelten dürften. J.

52) **Sur un moyen de diagnostic précieux en clinique,** par Jullien. (Annales de la Nutrition. 1906.)

Verf. empfiehlt, um rasch und sicher Erosionen der Haut oder der Schleimhäute, die wegen ihrer geringen Ausdehnung oder versteckten Lage schwer zu erkennen sind, in voller Deutlichkeit hervortreten zu lassen, über solche ihres Epithels beraubte Stellen mit einem in verdünnte Chromsäurelösung (1:50) getauchten Wattebausch flüchtig hinwegzustreichen. An derartigen Stellen haftet die schwache Säure, während sie von dem unversehrten Epithel nicht angenommen wird; erstere treten dann in hellgelber Färbung deutlich hervor. Da die Chromsäure in dieser Verdünnung ätzende Wirkung nicht mehr ausübt (? Referent), zieht Verf. sie den zu gleichem Zweck empfohlenen schwächeren Lösungen von Arg. nitr. oder Resorcin vor. Zum Schlusse wird auf die bekannte Tatsache verwiesen, daß nach vorausgegangener Einwirkung der Chromsäure das salpetersaure Silberoxyd in chromsaures Salz umgewandelt wird und daß dieser Körper eine viel energischere Wirkung entfaltet, als der Höllenstein. Solger-Neiße.

53) **Über die diagnostische Bedeutung der Mesaortitis productiva,** von H. Chiari. (Prager med. Wochenschrift. 1906. Nr. 12.)

Verf. zeigt durch Mitteilung eines Falles (übrigens an ungewöhnlicher Stelle lokalisierter) Mesaortitis productiva, daß der pathologische Anatom einen derartigen Befund für die richtige Auffassung eines sonst rätselhaften Krankheitsbildes verwerten kann. Ein an einer plötzlich einsetzenden Amentia erkrankter 28 jähriger Mann, der angeblich niemals syphilitisch infiziert war

ging einige Wochen später unter mäßigem Fieber und den Erscheinungen der Nekrose des rechten Unterschenkels, die sofort auf eine Thrombose der entsprechenden Art. poplitea bezogen wurden, zugrunde. Nach dem mikroskopischen Befunde mußte die luetische Natur der Aortenaffektion immerhin als sehr wahrscheinlich gelten. In der Tat wurde durch spätere Nachforschungen zweifellos festgestellt, daß der Pat. 3 Jahre vorher Syphilis akquiriert hatte.

Solger-Neiße.

54) **Über Leukoderma bei Lues, bei Psoriasis und bei Ekzema seborrhoicum,** von Jesionek. (Münchener med. Wochenschrift. 1906. Nr. 24.)

Das Leukoderma ist nicht ein ausschließlich für Lues pathognostisches Zeichen. Wie bei dieser und bei Psoriasis tritt es auch bei seborrhoischem Ekzem auf, was an der Hand eines solchen beobachteten Falles erläutert wird.

G. Trautmann-München.

55) **Über den Nachweis der Spirochaete pallida bei tertiärer Syphilis,** von Tomasczewski. (Münchener med. Wochenschrift. 1906. Nr. 27.)

In 5 von 10 Fällen tertiärer Luesaffektionen konnte Verf. Spirochaete pallida nachweisen, womit deren Vorhandensein in allen Stadien der Syphilis gesichert ist.

G. Trautmann-München.

56) **Über den diagnostischen Wert des Spirochätennachweises bei Lues congenita,** von M. Simmonds. (Münchener med. Wochenschrift. 1906. Nr. 27.)

Auf Grund seiner Untersuchungen und der bisherigen Publikationen kommt Verf. zu dem Schlusse, daß der Spirochätennachweis in den Organen von Föten und Säuglingen völlig genügt, um die Syphilisdiagnose zu rechtfertigen. Ein negativer Befund würde bei mazerierten Früchten mit großer Wahrscheinlichkeit Syphilis ausschließen lassen, bei Säuglingen hingegen wäre ein negativer Befund nur mit Vorsicht zu verwerten.

G. Trautmann-München.

57) **Zur Färbung der Spirochaete pallida,** von Berger. (Münchener med. Wochenschrift. 1906. Nr. 18.)

Die Färbung der Spirochaete pallida gelingt sicher und schnell durch die Kombination von Azur oder azurhaltigen Farblösungen mit ganz verschiedenartigen gesättigten (oder auch mäßig verdünnten) Farblösungen. Wahrscheinlich fördert das als Beize (Michaelis, Deutsche Klinik. XI. S. 459) wirkende, im Überschusse vorhandene Azur die Aufnahme des betreffenden Farbstoffes. Die genaue Färbetechnik muß im Originale nachgelesen werden.

G. Trautmann-München.

58) **Beiträge zum Nachweis der Spirochaete pallida in syphilitischen Produkten,** von E. Ritter. (Münchener med. Wochenschrift. 1906. Nr. 41.)

In Schnittfärbungen nach der Levaditischen Vorschrift ohne Pyridin wies Verf. in Primäraffekten, tertiären und kongenital syphilitischen Produkten Spirochaete pallida nach und meint, daß nach den bisherigen Feststellungen es nicht mehr zweifelhaft sein kann, daß der lange gesuchte Erreger der Syphilis gefunden ist.

G. Trautmann-München.

59) **Über das Vorkommen von metallischem Quecksilber im menschlichen Körper,** von Walter Schmidt. (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 38.)

Bei einem 22 jährigen Manne wurde metallisches Quecksilber in der Menge von etwa 0,5 g in Form von makroskopischen Kügelchen auf etwa

handtellergroßer Fläche im Unterhautzellgewebe und in der Fascie vorn mitten am rechten Unterschenkel gefunden. Es konnte nicht in Erfahrung gebracht werden, auf welche Weise das Quecksilber in den Körper gelangt war. Verf. vermutet, daß das Quecksilber direkt durch Injektion in das subkutane Gewebe hingebracht worden ist. Schourp-Danzig.

60) **Quecksilberschmierkuren und ihre Einwirkung auf die Harnorgane,** von Klieneberger. (Zeitschr. f. klin. Med. LVIII.)

Durch Versuche bei Luetischen und Nichtluetischen gelang es dem Verf., festzustellen, daß die Quecksilbereinreibungen fast konstant (in 85 %) von einer manchmal sehr hochgradigen Ausscheidung hyaliner Cylinder gefolgt sind. Der Höhepunkt der Cylindrurie trat frühestens 15 Tage und spätestens 6 Wochen nach Beginn der Inunktionen auf. Andere Erscheinungen von Mercurialismus oder Albuminurie waren meistens nicht vorhanden, ebenso waren stärkere Schädigungen des Nierenparenchyms selten. Soweit dem Verf. die längere Beobachtung möglich war, betrug in seinen Untersuchungen der kürzeste Zeitraum bis zum Wiedereintreten normaler Verhältnisse 10 Tage, der längste 10 Wochen. Amende-Bamberg.

Krankheiten des Urogenitalapparates.

61) **Ein neuer Harnröhrenspüler,** von Bernstein. (Monatsber. f. Urologie. XI. Nr. 2.)

Der Harnröhrenspüler des Verf.'s, d. i. das Ansatzstück zur Verbindung zwischen Irrigatorschlauch und Harnröhre, soll die Ausführung der Janetschen Spülungen erleichtern. Sein Irrigatorteil ist eine gebogene Glasröhre zur Aufnahme des Schlauches, der Harnröhrenteil eine zwei Kanäle enthaltende Glasröhre, die zum Zu- und Abfluß der Flüssigkeit bestimmt sind. Zwischen den beiden Teilen befindet sich das Mittelstück, dessen Hauptbestandteil, ein Stopfen, so zu stellen ist, daß er durch Verbindung mit dem Zuflußrohr bzw. dem Abflußrohr des Harnröhrenteils einen Zufluß in die Harnröhre oder ein Abfließen aus derselben ermöglicht. Walter Schneider-Königsberg.

62) **Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique des cancers épithéliaux de la prostate,** par Motz et Majewski. (Annales d. malad. d. org. génit.-urin. 1906. Nr. 7.)

Die Verff. unterscheiden in der Prostata Alveolarcarcinome und Adenocarcinome einerseits, von den Adenoepitheliomen andererseits; letztere haben viel neugebildete Drüsenschläuche, aber sehr wenig fibrinöses, skleröses Gewebe, können daher nicht auf Grund des gewöhnlichen klinischen Krebssymptoms, der Härte, erkannt werden. 25 von 26 Prostatacarcinomen hatten auf die Drüsen übergegriffen. 20 mal waren die Samenblasen, 3 mal das Peritoneum, 20 mal die Harnblase, zum Teil nur mikroskopisch nachweisbar, 7 mal die Harnröhre mit befallen. Nur in 5 der 26 Fälle gab es Metastasen.

Goldberg-Köln/Wildungen.

63) **Abscès métastatique de la prostate et hémoglobinurie survenant après un phlegmon diffus de l'avantbras, mort subite,** par Legrain. (Annales d. malad. d. org. génit.-urin. 1906. Nr. 18.)

Die Überschrift gibt den Inhalt der Krankengeschichte an; hinzuzufügen wäre nur, daß die Hämoglobinurie, 2 mal, auf die Einverleibung von 1 gr Salol folgte, und daß die Phlegmone am 25./I., der Prostataabszeß am 10./III., der Tod am 2./IV eintrat, seine eigentliche Ursache, da Pat. Ende März außer Bett war, nicht aufgeklärt ist. Goldberg-Köln/Wildungen.

64) **Sigmate ureterae obstruction**, by Gallant. (American Journ. of urology. 1906. August.)

Die 41 Jahre alte Patientin litt an häufig auftretenden Schmerzen in der linken Seite des Unterleibes, veranlaßt durch einen Tumor, der sich bei der Probelaparatomie als die stark prolabierte hydronephrotische Niere erwies. Durch einen Lumbalschnitt wurde die Niere reponiert und die Hydronephrosenflüssigkeit entleert. Als sich jedoch die Obstruktionserscheinungen verschlimmerten und eine suppurative Infektion der Niere und des Nierenbeckens erfolgte, wurde die Nephrektomie ausgeführt und hierdurch eine relative Heilung erzielt. Die Ursache der Obstruktion und der Hydrorophrose war eine durch entzündliche Adhäsionen hervorgerufene s-förmige Krümmung des Ureters an seiner Verbindungsstelle mit dem Nierenbecken. Schiftan-Berlin.

65) **Über den Einfluß des Verweilkatheters auf den spontanen Abgang eines größeren Blasenkonkrements**, von Ferdinand Fuchs. (Centralbl. f. d. Krankh. d. Harn- u. Sexualorg. XVII. Nr. 9.)

Der 73jährige Pat. des Verf.'s litt an Prostatahypertrophie, Cystitis und einem Stein, der vor Jahren aus der Niere in die Blase gewandert war. Zur Bekämpfung der Cystitis wurden ein Dauerkatheter eingelegt und Spülungen gemacht; danach legten sich die Beschwerden und der Katheter wurde entfernt. Kurz darauf trat eine Harnverhaltung ein, die durch einen kirschkerngroßen Uratstein bedingt war, der von der Blase her bis ins vordere Drittel der Urethra hineingedrungen war. Es gelang, ihn zu entfernen. Jedenfalls war durch den Katheter das Orificium internum dilatiert, so daß der Stein aus der Blase in die Harnröhre wandern konnte.

Walter Schneider-Königsberg.

66) **Traitement de la tuberculose du testicule**, par Batut. (Annales d. malad. d. org. génit.-urin. 1906. Nr. 16.)

Verf. berichtet über 16 einschlägige Fälle. 11 davon hat er nach den verschiedensten Verfahren, nach Lage des Falles individualisierend, operiert. Die Kastration führte er 2 mal aus, bei einer erweichten fistulösen, tuberkulösen Orchitis und Epididymitis, ferner bei einer enormen Epididymitis ohne Fistel, aber mit Affektion des Vas deferens. Beidemal Heilung. Die partielle Exstirpation (Resektion, Epididymektomie) ist erfolgreich, wenn einzelne harte Knoten im Nebenhoden sitzen; diese bedürfen aber nicht immer eines Eingriffes, um durch viele Jahre latent zu bleiben. Bei ausgebreiteteren fistulösen Affektionen müssen sich oft weitere Eingriffe, Kauterisationen und Kurettements an die Resektion anschließen; bestehen Erweichungsherde und Verkäsungen, so sind nachträgliche Wundeiterungen, mit Ausbreitung der Tuberkulose, selbst mit Gangrän und Ausstoßung des Hodens, beobachtet worden. Die Inzision mit nachfolgendem Kurettement und Kauterisation mit 10 % Chlorzink hat er bei mehreren doppelseitigen, meist mehrfach fistulösen Tuberkulösen mit gutem Erfolg ausgeführt. Von modifizierenden Injektionen in das tuberkulöse Gewebe (Naphtholkampfer, Guajacol, Hetol sind angewandt worden) hält er nichts. Die transversale Kauterisation, die Arsonvalisation, die Röntgen-Bestrahlung haben die Gefahr konsekutiver Atrophie beider Hoden. Disseminierte Tuberkulose, insbesondere tuberkulöse Meningitis kann einem Kurettement folgen, aber auch, wie eine Beobachtung des Verf.'s zeigt, ohne jeden Eingriff ganz plötzlich den Tod herbeiführen; immerhin hat man diese Gefahr überschätzt. Im ganzen haben seine reichen Erfahrungen den Verf., der Militärchirurg ist, zu einem ziemlich konservativen Standpunkt

bezüglich der Genitaltuberkulose geführt. Die bloße Kastration beeinflußt die schon bestehende Erkrankung der Vasa, der Samenblasen und der Prostata günstig; eine radikale Entfernung aller erkrankten Partien hält er für einen meist schädlichen Eingriff. Goldberg-Köln/Wildungen.

67) **Primary tuberculosis of the bladder end lower and of the ureter cured by local treatment,** by Fr. Kreissl. (American Journ. of Dermatology. 1906. Juli.)

Die 18 Jahre alte, bis dahin stets gesunde, kräftige Patientin erkrankte plötzlich an Blasenbeschwerden mit einem vermehrten und schmerzhaften Urindrang; trotz interner Medikation, Bettruhe und monatelang vorgenommener Blasenspülungen hatte sich das lokale Leiden und der Allgemeinzustand beträchtlich verschlimmert. Bei den kystokopischen Untersuchungen fand Verf. typische Tuberkeln im Trigonon und über dem Ligamentum interuretericum, die teilweise späterhin ulzerierten; das Orificium uretericum linkerseits war infiltriert und stark gewulstet infolge eines hinter ihm im unteren Teile des Ureters gelegenen Geschwüres. Die Affektion hatte ihren primären Sitz in der Blase, und ist von hier auf den Ureter übergegangen. Die Untersuchung des Eiters und trüben Urins ergab nicht immer und nur vereinzelte Tuberkelbazillen. Als jedoch eine Inokulation auf ein Meerschweinchen den Tod an Tuberkulose veranlaßte, schritt Verf. zur lokalen Behandlung der Blase und des Ureters mit Instillationen von $5\,^0/_0$ Jodoform-Guajacolsuspensionen abwechselnd mit Sublimatlösungen. Die subjektiven Beschwerden besserten sich rapid, die Ulcera heilten in 1 Monate, die Tuberkeln in 2 Monaten; der Urin wurde klar und enthielt keine Tuberkelbazillen, eine Tierimpfung verlief negativ. Auch eine nach 1 Jahre vorgenommene genaue Untersuchung ergab völlige Genesung. Schiftan-Berlin.

III. Bibliographie.

Dermato-histologischer Atlas, von Max Joseph und J. B. van Deventer. 53 farbige Abbildg. auf 24 Tafeln. (Leipzig 1906, Barth. 15 Mk.) — Die Histopathologie der Haut ist heute nicht mehr ein nur von strebsamen Forschern bebautes und durch unzugängliche Terminologie vor Unberufenen streng behütetes Gebiet. Je mehr die Sechswochenspezialisten und Rezept-Routiniers in der Dermatologie hinter gut ausgebildeten Fachmännern zurücktreten, desto mehr Bedeutung gewinnt das Studium der pathologischen Prozesse der Haut für die Ausbildung der Dermatologen. Die Variabilität der pathologischen Prozesse, die nur für die Dermatologie gegebene Möglichkeit, alle Stadien des krankhaften Vorganges durch Biopsie zu verfolgen, die große Zahl von zu berücksichtigenden pathologischen Details in jedem einzelnen Präparate erschweren ungemein das Studium. Jeder, der diese Disziplin gelehrt hat, hat wohl das Bedürfnis empfunden, die Darstellung der pathologischen Prozesse außer durch mikroskopische Demonstrationen auch durch gute Zeichnungen zu unterstützen. Wenn auch die Herstellung eigener Präparate für jeden Dermatologen unerläßlich ist, so können doch histopathologische Atlanten bei der Repetition und vor allem bei der Vergleichung eines neuen Falles mit dem in der Literatur festgelegten Bilde sehr wertvoll sein. Die Dermatologie besitzt nun den vorzüglichen Atlas von Leloir und Vidal. Da aber die Bilder dieses Atlas fast nur nach Präparaten gezeichnet sind, die mit Pikrokarmin gefärbt sind, so kommen viele Details nicht zur Darstellung, die erst

mit den modernen Methoden der Färbetechnik erkennbar sind. Der hohe Preis des Werkes verhindert ferner seine allgemeine Verbreitung. Der in Lieferungen erscheinende Atlas von Unna stellt die Forschungsergebnisse des Autors dar. Unentbehrlich für jeden selbständigen Arbeiter, ist doch das ganze Werk nicht für den Lernenden bestimmt. Es fehlte der deutschen Literatur geradezu ein histopathologischer Atlas der Dermatosen, der einerseits die mikroskopischen Präparate in der modernen Färbetechnik reproduziert, der andererseits in seinem Umfang das richtige Maß als Lehrbuch einhält. Diese Lücke in unserer Wissenschaft ausgefüllt zu haben, ist ein hoher Verdienst der Verff. Die Vereinigung beider Autoren machte das wohl von vielen Fachgenossen geplante Werk möglich. Joseph, der hervorragende Histologe und erfahrene Lehrer, verstand es, aus seiner Sammlung charakteristische Präparate auszusuchen, für die Hervorhebung des Wichtigen und Typischen in der Zeichnung zu sorgen, und den begleitenden Text in knapper, aber dabei ausreichender Weise zu geben. J. B. van Deventer zeichnet die einzelnen Bilder nicht nur mit bemerkenswerter künstlerischer Meisterschaft, sondern auch, was besonders wichtig ist, mit wissenschaftlichem Verständnis. Wer selber viel Gelegenheit gehabt hat, Fachzeichner mit der Herstellung von Kombinationszeichnungen mehrerer mikroskopischer Präparate zu beauftragen, weiß, wie schwer es ist, gerade die Zeichnung der speziell wichtigen Details durchzusehen. Anders sieht der Arzt, anders der zeichnende Künstler das Kunstwerk an, das nur die Natur in jedem mikroskopischen Schnitte enthüllt. Der Atlas enthält auf 24 Tafeln 53 farbige Abbildungen; wichtige nur besonderen Vergößerungen sichtbare Details sind auf kleinen Nebenzeichnungen dargestellt. Die technische Reproduktion der oft 6—7 Farben zeigenden Abbildungen ist so tadellos, wie es bei einem im Verlage von J. A. Barth erschienenen Werke zu erwarten ist. Das uneingeschränkte Lob, das Ref. dem Werk im großen spendet, darf natürlich nicht die Bemerkung verhindern, daß im einzelnen die Kritik Anlaß nicht zum Tadel, aber wohl zu Wünschen für Neuauflagen und eventuelle Übersetzungen, wie eine solche bereits in englischer Ausgabe (London 1906, Constable & Co.) erschienen ist, findet. Während dem Ref. z. B. die Abbildungen des Angiokeratom, der Glossitis gummosa, des Lichen ruber verrucosus u. v. a. vorzüglich erscheinen, hält er andere, z. B. Condyloma acuminatum, Favus, Lepra tuberosa, Erythrasma für weniger gelungen, bzw. für viel zu schematisch. Jeder Dermatohistologe wird beinahe in jedem Bilde Wünsche unerfüllt finden. So ist z.B. der große Kernreichtum der Neurofibrome, die eigenartige feine Konsistenz des Bindegewebes dieser Tumoren, ihr Ausgang von den Perineurium nicht gut zur Darstellung gelangt. Auch die Darstellung des Demodex Fig. 38 bedarf der Revision. Im Bilde der Psoriasis hätte die starke Füllung der Blutgefäße, bei der Lepra tuberosa das Infiltrat, beim Lichen syphiliticus die Beteiligung des Rete und der subpapillären Schichten an der Infiltration stärker betont werden können. Über andere Fragen wird man mit dem Autor streiten können (Schwund der elastischen Fasern bei der idiopathischen Hautatrophie, Genese der Leukoplakia buccalis usw.). Ref. glaubt, daß nicht allein die Hypertrophie des Stratum corneum, sondern eine Luftimbibition zwischen die einzelnen Zellen, ähnlich wie bei der Leukopakia unguium die weiße Färbung bedingt. In einem hoffentlich bald erscheinenden zweiten Teil werden die Lücken, die die Autoren wohl selbst mit einer Empfindung tiefer Resignation im Interesse der Verlagsbuchhandlung offen gelassen haben, wohl

ausgefüllt werden. Die Abbildung des Ekzems, der Scabies, des Ulcus molle ist durchaus erforderlich. Alle diese Bemerkungen sollen nur Hinweise für die Herrn Autoren sein. Der für das Gebotene sehr geringe Preis von 15 Mark ermöglicht weiten Kreisen die Anschaffung des trefflichen Werkes. Wo in Zukunft die Dermatologie gelehrt und gelernt wird, wird auch der dermato-histologische Atlas von den Verff. unentbehrlich sein.

Heller-Berlin.

IV. Therapeutische Notizen.

Acne:

1) Rez. Lact. sulf. 15,0
Spir. vini concentr. 60,0
(Zeissl, Wiener med. Presse. 1906. Nr. 51.)

J.

Brandwunden:

2) Rez. Zinkperhydrol
Amyli tritici ana 12,5
Vasel. amer. ad 50,0
M.f.Pasta.
(Wolffenstein, Therapeut. Monatsh.)

J.

Trichophytia barbae:

3) Rez. Tinct. Jodi 2,0
Spir. (60 %) 15,0
S. 2mal täglich zu betupfen.
(Presse méd. 1906. Nr. 42.)

J.

V. Vereinsberichte.

Moskauer venerologische und dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 16. November 1906.

1) Licharew stellt einen 16jährigen Kranken mit Tuberculosis vegetans cutis der rechten Nates und Femur vor. Die bis Kinderkopf großen Geschwülste sind rund und gewölbt, von cyanotischer Farbe, zum Teil exulzeriert und mit zahlreichen Fisteln durchbohrt. Im Eiter viele Tuberkelbazillen. Histologisch rundzelliges Infiltrat und seltene Riesenzellen zu konstatieren.

2) Britschew demonstriert einen 59jährigen Kranken, der seit 29 Jahren an Pityriasis rubra pilaris (Devergie) leidet. Auf den Rändern der Eruptionsfoci sind die „cônes de Devergie“ sehr deutlich. Handteller, Fußsohlen, Nägel und Capillitium auch befallen.

3) Mestscherski zeigt zum zweiten Male ein Mädchen mit Sclérodermie en plaques. Die Plaques sind weicher und beweglicher geworden nach 15 Injektionen von 8—10 % Thiosinaminlösung, während in der Nähe sich auf dem linken Arm ein neuer Fleck gebildet hatte. Die histologische Untersuchung dieses Falles erwies Veränderungen an den scheinbar normalen Hautstellen. Sklerose gewisser subkutaner Arterienstämme, Verdickung und Atrophie des perifollikulären Kollagens, Vertiefung der Follikelmündungen und der sie umgebenden Epidermis.

Bogrow-Moskau.

VI. Vermischtes.

— Das 3. und 4. Heft des VI. Bandes der Japanischen Zeitschrift für Dermatologie und Urologie (1906) enthält ausschließlich den Bericht über den VI. Kongreß der Japanischen Dermato-Urologischen Gesellschaft, welche im Jahre 1906 in Tokio tagte. Die Reichhaltigkeit der Tagesordnung wird aus dem nachfolgenden Inhaltsverzeichnis ersichtlich sein: Toyama, Über die Arzneiexantheme und einen Fall von Jododerma tuberosum; Saito, Dermatitis scarlatiniformis durch Salicylsäure und Aspirin; Aoki, Zwei seltene Fälle von Arzneiexanthemen; Momose, Die histologische Untersuchung über Urethritis gonorrhoica chronica; Tanaka, Über medikamentöse und mechanische Behandlung des chronischen Trippers; Ohno, Über das Rezidiv der chronischen Gonorrhoe und ihre Behandlung; Sasakawa, Ein seltener Fall von Harnröhrenstriktur; Kusunoki, Morphologie und Lokalisation von Gonococcus in dem Sekret des Trippers: Momose, Die Bougiebehandlung gegen chronische Gonorrhoe; Takahaschi, Ein Fall von eigentümlicher Keratosis follicularis; Tanaka, Über Blutuntersuchung bei Keratosen; Ohno, Ein Fall von Ichthyosis hystrix geheilt durch Arsenikinjektion; Yema, Eine eigentümliche Keratose an Handteller und Fußsohlen; Matsuura, Über eigentümlich kreisrunde Pityriasis und Toyama, 6 Fälle von eigentümlich kreisrunder Pityriasis; Lasakawa, Ein Fall von Cornu cutaneum; Okamura, Krankenvorstellung von Psoriasis vulgaris; Kusunoki, Ein Fall von Haarzunge; Inouye, Ein Fall von Lupus vulgaris labiae und Tuberculosis verrucosa cutis ani, entwickelt aus Fistula ani; Tanaka und Dohi, Krankenvorstellungen von Lupus vulgaris; Yamada, Hautkrankheiten im Kriege und die Anwendung von Theerschwefelzinkpasta (Dohi); Stimamura, Über Pathogenese der Sklerodermie; Tsatsui und Okada, Über eine chronische phagedänische Hautgangrän; Kinoshita, Beziehungen zwischen Schanker und Bubo nebst ihrer Behaudlung; Hirokawa, Über die epidurale Injektion Cathelin; Dohi und Tanaka, Über die Spirochaete pallida und mehrere andere Vorträge. J.

— Auch der uns vorliegende Bericht über die Verhandlungen der 28. Tagung der Amerikanischen Dermatologischen Gesellschaft legt wieder Zeugnis ab von der enormen Arbeit, welche auf unserem Gebiete daselbst geleistet wird. Sie stellen die beste Einleitung für den voraussichtlich glänzenden Verauf des nächsten internationalen Dermatologenkongresses in New York dar, welchem wir mit Spannung entgegensehen. Über die einzelnen Arbeiten, welche noch in dem amerikanischen Fachjournal erschienen sind, ist seinerzeit berichtet worden. J.

VII. Personalien.

— Privatdozent Dr. Grouven in Bonn hat den Titel Professor erhalten.

— Dr. Max Joseph ist zum korrespondierenden Mitgliede der Niederländischen Dermatologischen Vereinigung ernannt worden.

Um Einsendung von Separatabzügen und neuen Erscheinungen an den Herausgeber Dr. Max Joseph in Berlin W., Genthiner Strasse 5, wird gebeten.

Verlag von Veit & Comp. in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

DERMATOLOGISCHES CENTRALBLATT.

INTERNATIONALE RUNDSCHAU

AUF DEM GEBIETE DER HAUT- UND GESCHLECHTSKRANKHEITEN.

HERAUSGEGEBEN
VON

DR. MAX JOSEPH

Zehnter IN BERLIN. **Jahrgang.**

Monatlich erscheint eine Nummer. Preis des Jahrganges 12 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie direkt von der Verlagsbuchhandlung Veit & Comp. in Leipzig.

1907. **März.** **Nr. 6.**

der Spirochäten in Schnittpräparaten, von **Dreyer.** 36) Diagnostische Gewebs- und Blutuntersuchungen bei Syphilis, von **A. Neisser, C. Bruck** und **A. Schucht.** 37) Untersuchungen über Syphilis an Affen. 38) Über die Pathogenese der merkuriellen Colitis und Stomatitis, von **Johan Almkvist.** 39) Genügt die moderne Diagnose syphilitischer Erkrankung wissenschaftlichen Forderungen? Von **Rosenbach.** 40) La syphilis des honnêtes femmes, par **Fournier.** 41) Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. II. Teil: Geschlechtskrankheiten, von **E. Lesser.** 42) Zur Allgemeinbehandlung der Syphilis, von **Leopold Loew.** 43) Kurze Mitteilung zu dem Aufsatz von Prof. Wassermann und Dr. Plaut: Über syphilitische Antistoffe in der Cerebrospinalflüssigkeit von Paralytikern in Nr. 44 der Deutschen med. Wochenschrift, von **Hans Bab.** 44) Kongenitale Dünndarmsyphilis, von **Fraenkel.** 45) Über Spirochätenbefunde bei macerierten Neugeborenen, von **Zangemeister.** — Krankheiten des Urogenitalapparates. 46) La spermatorrhée et sa thérapeutique (rééducation psychique et traitement somatique), par **Lévy.** 47) Renal calculus of unusual size, by **F. Kreissl.** 48) Über einen Blasenstein mit Wachskern, Krankengeschichte und Beitrag zur Frage der diagnostischen Verwendung der Röntgen-Strahlen bei Harnkonkrementen, von **Rothschild.** 49) Zur Würdigung der Bottinischen Operation im Verhältnis zur Prostatektomie, mit einer Statistik über 152 eigene Bottinische Operationen, von **Albert Freudenberg.** 50) Zur Würdigung der Bottinischen Operation, von **Cohn.** 51) Über Alypin in der urologischen Praxis, von **H. Lohnstein.** 52) Enuresis ureterica, von **Posner.** 53) Ursachen und Behandlungsmethoden schwerer Blutungen der Prostatiker, von **Goldberg.** 54) Les méfaits des artifices de la fécondation, par **Féré.**

III. Therapeutische Notizen. — IV. Vereinsberichte. — V. Vermischtes.

I. Originalmitteilungen.

1. Santyl bei Prostatacystitis.

Von Dr. **Arnold Strassmann** in Berlin.

Im folgenden möchte ich einen Fall von Prostatacystitis bekannt geben, der dadurch bemerkenswert ist, daß die äußerst heftigen Beschwerden trotz mehrjähriger Dauer des Leidens und nach vergeblicher Anwendung der verschiedensten Mittel schließlich durch interne Verabreichung von Santyl (Santalolum salicylicum) in überraschend günstiger Weise beeinflußt worden sind. Die Beschwerden verschwanden sowohl das erste Mal als auch bei den später eintretenden Rezidiven jedesmal so prompt, daß man sich wie bei einem pharmakologischen Experiment ein Bild von der Wirkungsweise des Medikamentes machen konnte.

In den letzten Jahren ist der Streit über die Wirkung der Balsamica bei Cystitis und noch mehr bei Gonorrhoe, wo diese Mittel ja am meisten angewandt werden, wieder recht lebhaft geführt worden, indem einige Anhänger der antibakteriellen Therapie jede interne Medikation für zwecklos erklärten. Es mag ja bei der Gonorrhoe recht schwierig sein, sich ein sicheres Urteil über ein internes Mittel zu bilden, da hierbei fast immer mehrere Heilfaktoren gleichzeitig in Betracht kommen. Daß aber den Balsamicis zum mindesten eine erhebliche symptomatische Wirkung bei Erkrankung der Blasenschleimhaut zukommt, scheint mir durch einen von mir beobachteten Fall erwiesen, bei dem die äußerst heftigen cystitischen Beschwerden durch den alleinigen Gebrauch von Santyl prompt und günstig beeinflußt worden sind.

Der Rentier E. S., 67 Jahre alt, bis auf rheumatische Beschwerden und leichte Arteriosklerose vollkommen gesund, leidet seit etwa zwölf Jahren an prostatischen Erscheinungen, die im wesentlichen in häufigem Urindrang, 1—2stündlich, nachts 3—4mal, bestanden. Der Harn war bis auf gelegentliche Ausscheidung von harnsauren Salzen normal. Anfang 1905 verschlimmerten sich die cystitischen Beschwerden, Urin trübe und zeitweilig eiterhaltig, sauer reagierend, Urindrang etwa $^1/_2$stündlich unter Schmerzen. Die Beschwerden nahmen im Mai 1905 immer mehr zu, die Tenesmen wurden häufiger, Harndrang viertelstündlich, Harnentleerung nur tropfenweise und schließlich so schmerzhaft, daß selbst Morphiuminjektionen nur ganz vorübergehende Linderung brachten. Der Katheter förderte etwa 50 ccm eines stark eiterhaltigen Residualharns zutage. Die cystoskopische Untersuchung ergab eine kleine Blase (von etwa 400 ccm Inhalt) mit stark entwickelten Trabekeln (Divertikelblase); Prostata von mittlerer Größe. Auf Dauerkatheter und Blasenspülung trat Besserung der subjektiven Beschwerden ein; doch konnte der Katheter erst nach 4 Wochen dauernd weggelassen werden. Der Urin blieb stark getrübt. Darauf 2 Monate lang täglich 2maliger Katheterismus mit Borsäurespülung ohne nennenswerte Aufhellung des Urins; Urindrang Tag und Nacht etwa stündlich, nie ohne Schmerzen. Alle 3—4 Wochen heftige Verschlimmerungen von mehrtägiger Dauer, Urindrang viertelstündlich unter sehr bedeutenden Schmerzen; dabei fast regelmäßig kollapsähnliche Zustände, Appetitlosigkeit, zunehmende Schwäche.

Dieser Zustand blieb nun konstant. Die verschiedensten medikamentösen Mittel, speziell die Harnantiseptica wie Urotropin und Helmitol, kamen in Anwendung, blieben aber ebenso wie eine Brunnenkur in Salzbrunn Juni 1906 ohne Erfolg; Kampfersäure war nur von vorübergehender, nicht sehr intensiver Wirkung.

Bei einem erneuten heftigen Anfall, im September 1906, wandte ich nun das vor etwa Jahresfrist bekannt gewordene Santyl an, dem, neben seiner Unschädlichkeit für Niere und Verdauungstraktus, direkt anästhesierende Wirkungen auf Blasen- und Harnröhrenschleimhaut nachgerühmt wurden, zunächst nur in kleinen Dosen, 3mal täglich 15 Tropfen. Der Erfolg war ganz überraschend; die Tenesmen verminderten sich sofort, nach 2 Tagen trat Harndrang nur in 3—4stündlichen Pausen ein. Die Schmerzhaftigkeit bei der Harnentleerung war fast ganz geschwunden, der Harn selbst jedoch nicht völlig geklärt. Als nach mehreren Wochen ein erneuter Anfall eintrat, wurde durch gleichfalls 3mal täglich 15 Tropfen, mehrere Tage hintereinander, der gleiche günstige Erfolg erzielt.

Unter diesen Umständen besserte sich das Allgemeinbefinden des Patienten sehr schnell, zumal Kollapse, wie fast regelmäßig bei den früheren Attacken, beim Gebrauch des Santyl nicht mehr vorkamen.

Da jegliche unangenehme Nebenwirkung des Mittels ausblieb, ging ich bei dem nächsten Rezidiv zu größeren Dosen, 3 mal täglich 25 Tropfen, über, die ebenfalls anstandslos vertragen wurden; dementsprechend trat auch die Besserung etwas schneller ein als bei der kleineren Dosis. Diese Reizlosigkeit des Präparats bietet einen nicht zu unterschätzenden Vorzug vor den anderen Balsamicis, die bekanntlich nicht selten Verdauungsstörungen und Nierenreizungen hervorrufen.

Ich fasse meine Beobachtung dahin zusammen: das auch in größeren Dosen unschädliche Santyl besitzt deutlich anästhesierende Eigenschaften für die Blasenschleimhaut und ist daher durch die Herabsetzung der Reizempfindlichkeit bei Tenesmen der Blase aufs wärmste zu empfehlen.

[Aus der bakteriolog. Abteilung des Krankenhauses Friedrichshain-Berlin.]

2. Über die Urticaria vom Standpunkt der neuen Erfahrungen über Empfindlichkeit gegenüber körperfremden Eiweißsubstanzen.

Von Dr. A. Wolff-Eisner.

Die Urticaria bildet bisher für die Dermatologen eine sehr rätselhafte Erkrankung. Joseph stellt sie in seinem Lehrbuch mit den Erythemen: Erythema nodosum und exsudativum als eine Krankheit zusammen, bei der die Cirkulationsstörung so im Vordergrunde steht, daß sie das Krankheitsbild beherrscht. Es kann aber wohl keinem Zweifel unterliegen, daß beim Erythema exsudativum und nodosum, bei ihren nahen Beziehungen zum akuten Gelenkrheumatismus ein, wenn auch bisher unbekanntes infektiöses Moment in den Kalkül einzubeziehen ist. Jadassohn leugnet die angioneurotische Basis der meisten Erytheme und hält viele für toxisch; er hält den Beweis der entzündlichen Natur durch das Vorkommen des Giftes bzw. von Nukleoalbuminen in den einzelnen Efflorescenzen für erbracht.

Wir fassen mit Joseph Urticaria und Erytheme als einen nur quantitativ verschiedenen Krankheitsprozeß zusammen. Jadassohn trennt Erytheme und Urticaria mit der Begründung, daß das Erythem einen entzündlichen Prozeß darstelle, während bei der Urticaria die zahlreichen Urticaria erzeugenden Stoffe selbst bei stärkster Konzentration nur Urticaria und keine stärkere Gefäßalteration hervorrufen. Doch soll (Philippsohn und Török, Wiener klin. Wochenschr. 1906. Nr. 51) Paraphenylendiamin als Haarfärbemittel angewendet, ziemlich häufig akute Hautentzündung verursacht haben. Kreibich hat nach wiederholter Anwendung von Nesseln die histologischen Zeichen der Entzündung nachgewiesen, Lenz und Wolff bei Urticaria ausgewanderte weiße Blutzellen aufgefunden, während Philippsohn sie in Randstellung, d. h. in Vorbereitung zur Emigration fand.

Wir müssen uns kurz die einzeln hier in Betracht kommenden Krankheitsbilder vergegenwärtigen.

Das Erythema exsud. multif. ist meist eine leichte Erkrankung, kann aber mit starker Exsudation, Ödemen, Hämorrhagien und mit hohem remittierendem Fieber verbunden sein.

Das Erythema nodosum ist nach Joseph die schwerere Form des Erythema exsud. multif., während Lesser wieder der Ansicht ist, daß es von dieser Krankheit streng zu trennen ist. Das Erythema nodosum setzt mit den Symptomen einer schweren Infektionskrankheit ein, häufig sind gleichzeitig Affektionen der serösen Häute vorhanden. Die Krankheit tritt bisweilen im Anschluß an Infektionskrankheiten, z. B. an Typhus, auf, ihre Ätiologie ist unklar, man denkt an Bakterien und toxische Substanzen.

Eine Reihe von merkwürdigen Einzelheiten über die Erytheme sind bekannt. Es gibt Erythemepidemien, z. B. 1828 in Paris. Es ist bisher ungewiß geblieben, ob sie durch Genuß verdorbener Speisen entstanden sind und so der Pellagra nahe stehen. Dann hat man z. B. ein Erythema exsudativum nach Harnröhrenreizung beobachtet und Heller hat dies seinerzeit als Folge einer Autointoxikation gedeutet.

Auch die bei Scharlach und Masern auftretenden Hauterscheinungen sind als Erytheme aufzufassen, und gleiche Hauterscheinungen findet man, wenn auch relativ selten, bei akutem Gelenkrheumatismus, beim Tripperrheumatismus, bei Diphtherie, häufiger bei Puerperalerkrankungen (septische Exantheme bzw. Erytheme).

Am meisten interessiert uns hier die Urticaria. Unter Urticaria versteht man die Entstehung einer Quaddel, die in der Mitte abgeblaßt und von einem roten Saum umgeben ist. Man weiß, daß Urticaria nach der Einwirkung äußerer Schädlichkeiten entsteht: nach der Berührung von Brennesseln, nach Wanzenbiß, nach Flohstich, nach Anwendung von Nebennierenextrakten (A. Rosenberg) und beim sogen. Lärchenfieber, das durch Einwirkung von Raupenhaaren, speziell von Haaren der Prozessionsraupe auf die Haut entsteht. Das Bemerkenswerte ist, daß sehr häufig nach den genannten Schädlichkeiten keine lokale, sondern eine allgemeine (multiple) Urticaria entsteht, und Joseph gibt der Ansicht Ausdruck, daß diese Tatsachen nur durch die reflektorische Reizung vasomotorischer Nerven erklärlich ist.

Eine zweite Gruppe von Urticariafällen ist noch viel schwieriger zu erklären. Es ist dies die Urticaria, die bei einer Anzahl von Individuen nach dem Genuß von Krebsen, Hummern, Austern, Muscheln und Seefischen, nach der Einführung von Erdbeeren und anderen Früchten, von Schweinefleisch und noch manchen anderen Stoffen per os entsteht.

Neben der Urticaria sind sehr häufig heftige gastrische Störungen vorhanden, und man beobachtet als Zeichen der Darmaffektion eine ver-

mehrte Indicanausscheidung. Zu erwähnen sind dann noch die Menstrualerytheme, die zuweilen bei jeder, zuweilen auch nur bei der ersten Menstruation auftreten, die Urticaria bei Obstipation und Gravidität. Als Kuriosum, das bisher keine Erklärung gefunden hat, wird in der Literatur die Urticaria erwähnt, die nach Platzen eines Echinococcussackes der Leber und nach Einfließen des Inhaltes in die Bauchhöhle auftritt.

Eine große Gruppe bilden dann die Arzneierytheme, die nach einer großen Reihe von Stoffen, nach Jodoform, Arsen, Chinin, Salol, Sulfonal, Salicyl, Aspirin, Pyramidon und Antipyrin beobachtet werden, und zwar meist nur bei einzelnen Individuen. Diese Erytheme sind sehr polymorph und gehen oft mit Fieber einher. Man nimmt auch hier wieder eine Idiosynkrasie an, doch ist hier bemerkenswert, daß diese Idiosynkrasie nicht angeboren ist, sondern daß viele dieser Individuen das Medikament früher vertragen haben und dann plötzlich auf jedesmalige Einverleibung des Medikamentes mit den erwähnten Hauterscheinungen antworten. Eichhorst hat z. B. einen Fall beschrieben, bei dem ein Antipyrinexanthem erst 10 Tage nach der Darreichung von Antipyrin auftrat. Viele Autoren nehmen für diese Erytheme neurotische Ursachen an, Behrendt glaubt an Toxine, die sich im Blut während der Anwesenheit des Arzneimittels bilden. Ferner findet man auch Mitteilungen über eine Urticaria nach Bluttransfusion, die ebenfalls 10 Tage nach der Transfusion auftrat (Dallera, Neudoerfer, Landois, s. Monographie von Pirquet und Schick S. 2).

Ebenfalls in die Reihe dieser Krankheitsbilder gehört die Pellagra, wenigstens in ihrem ersten Stadium. Das erste Stadium beginnt mit Prodromalerscheinungen, im Frühjahr zeigen sich Hand und Fußrückenerytheme, dann hört die Krankheit scheinbar auf. Im zweiten Stadium zeigen sich dann die gleichen Erscheinungen in etwas verstärktem Maße, dazu treten Magenbeschwerden und Diarrhöen. Es kommt schon im zweiten Stadium zu Muskelatrophien und nervösen Erscheinungen. Diese führen zum dritten Stadium, in dem psychische Erscheinungen hinzutreten. Schließlich erfolgt in Kachexie der Tod. Die Krankheit wird zurückgeführt auf den fortdauernden Genuß von verdorbenem Mais, der infolge besonderer sozialer Verhältnisse von den Armen im überreifen und feuchten Zustande eingeerntet wird (nach Joseph im unreifen).

Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß Erytheme nervöser bzw. mechanischer Natur vorkommen, das Erythem und Urticaria nach Nervendurchschneidung (Lesser), das Erythema factitium, das Erythema fugax u. a.

Die Mehrzahl der Erytheme werden aber von den Dermatologen als Idiosynkrasien aufgefaßt, ohne daß man für das klinisch sich gleichende Bild ein gemeinsames ätiologisches Band gefunden hätte. Idiosynkrasie, Toxinwirkung, Angioneurose und Bazillen sind die Schlagworte, die immer von neuem bei diesen Krankheitsbildern in die Diskussion geworfen werden.

Durch diese neuentdeckte Tatsache der Immunitätslehre gewinnen diese dermatologischen Spezialfragen eine besondere Bedeutung im Lichte der allgemeinen Pathogenese und Pathologie. Das Wichtigste ist, daß die Urticaria mit einer Reihe anderer Krankheiten, die man als neu entdeckt bezeichnen kann, in außerordentlich nahen Beziehungen steht. Die Serumkrankheit, das ist die Krankheit, welche durch wiederholte Injektion artfremden Serums entsteht, zeichnet sich vor allem durch das Auftreten multipler multiformer Exantheme aus.

In Analogie zu setzen zur Urticaria ist ebenfalls das Heufieber, welches einen scheinbar so ganz verschiedenen Symptomenkomplex darbietet. Es ist dies die Krankheit, welche bei einer Anzahl von Individuen (den zu Heufieber Disponierten) in jedem Jahr zur Zeit der Gramineen- und Getreideblüte auftritt und durch die Pollen dieser Pflanzen verursacht wird. Der Symptomenkomplex besteht in einer eigenartigen Conjunctivitis mit starker konjunktivaler Injektion, wobei besonders die ciliaren den Kornealrand umgebenden Gefäße betroffen sind, in einer chemotischen Auflockeruung der Konjunktiva, die so stark werden kann, daß das Auge in toto herausquillt und daß im speziellen die Kornea wie eingefalzt erscheinen kann; ferner in einer Rhinitis, welche zu ganz kolossalen Nießattacken führt, wie sie sonst nur selten bei schwerer Coryza nervosa beobachtet wird. Zu diesen Erscheinungen können asthmatische Anfälle treten, die unter Umständen mit ganz besonderer Schwere während derganzen Zeit, in der sich Gräser- und Getreidepollen in der Luft befinden, andauern können.

Die Krankheit hat nun das Besondere, daß die Individuen, die an ihr leiden, die ganze übrige Zeit des Jahres vollkommen gesund sind und auch während der Anfälle sofort gesund gemacht werden können, wenn man sie in vollkommen pollenfreie Gegenden verbringt. Dagegen kann man zu jeder beliebigen Zeit des Jahres experimentell die obigen Attacken auslösen, wenn man in den Konjunktivalsack oder die Nase eine Pollenlösung hineinbringt. Die Krankheit hat die Tendenz, im Laufe der Jahre immer schwerer zu werden, und es hat sich herausgestellt, daß der Heufieberkranke sich vom Gesunden dadurch unterscheidet, daß bei ihm Polleneiweiß von den Schleimhäuten aus resorbiert wird, während bei Gesunden dies nicht der Fall ist. Kommt es erst zu einer Resorption von Polleneiweiß von den Schleimhäuten aus, so ist nach den Gesetzen der Eiweißüberempfindlichkeit der Weg vorgezeichnet, auf dem die Empfindlichkeit sich zu immer höherem Maße entwickelt. (Monographie v. A. Wolff-Eisner, Das Heufieber. München 1906, J. F. Lehmann.)

Im Gegensatz zu den Heufieberkranken stehen die Gesunden, welche Polleneiweiß nicht resorbieren. Würden Heufieberkranke und Normale im völligem Gegensatze zueinander stehen, so würde es nicht verständlich sein, auf welche Weise diese Pollenempfindlichkeit erworben wird. Nun

hat es sich aber bei meinen Versuchen gezeigt, daß zwischen denjenigen Individuen, die auf Pollen gar keine Reaktion darbieten, und den hochgradig pollenempfindlichen eine Reihe von Individuen stehen, welche z. B. subjektive Pollenreaktion (Jucken) ohne objektive Erscheinungen an Konjunktiva und Nase darbieten. In vereinzelten Fällen findet sich auch bei nicht heufieberkranken Individuen sogar eine objektive Reaktion auf Einführung von Polleneiweiß. Unter den eigentlich Heufieberkranken finden sich ebenfalls die verschiedensten Abstufungen der Pollenempfindlichkeit, derart, daß z. B. einzelne Individuen schon auf einen Tropfen einer Pollenverreibung 1 : 10 000 deutliche Reaktion zeigen, während bei anderen diese ausbleibt und erst bei der Verdünnung 1 : 50 auftritt.

So sind alle Brücken und Übergänge geschlagen zwischen Pollenempfindlichen und Nichtpollenempfindlichen, so daß es verständlich wird, wie sich bei einem Individuum allmählich eine Pollenempfindlichkeit entwickelt und immer stärker wird.

Es ergeben sich aus den bisherigen Ausführungen eine Reihe von Analogien zwischen Heufieber und Urticaria. Interessant ist nun, daß die alten Ärzte, deren klinische Beobachtungsgabe uns heute noch oft zur Bewunderung zwingt, diesen Zusammenhang zwischen Heufieber und Urticaria schon beobachtet hatten. Sie erwähnen, daß in Familien, in denen Heufieber herrscht, häufig auch eine Neigung zur Urticaria vorhanden ist, und daß des weiteren auch beim Einzelindividuum Heufieber und Urticaria vikariierend auftreten. Interessant in diesem Zusammenhang ist, daß Dunber nach der subkutanen Einverleibung von Pollengift bei pollenempfindlichen Individuen das explosionsartige Auftreten von Urticariaeruptionen festgestellt hat.

Mit diesen Feststellungen bekommen wir zum ersten Mal einen Anhalt, worin eigentlich das Wesen der Idiosynkrasie besteht, schon aus diesem Grunde sind diese Untersuchungen von der größten klinischen Bedeutung. Idiosynkrasie war bisher ein leeres Wort ohne jeden Inhalt, ein Mittel, um die Verlegenheit der Ärzte über die Unkenntnis der vorliegenden Verhältnisse zu verdecken, ein Lückenbüßer, das lange Zeit dieselbe Rolle gespielt hat, wie Jahrzehnte hindurch das Wort „rheumatisch“. Eine große Anzahl von Idiosynkrasien können wir jetzt erklären als eine **Überempfindlichkeit** gegenüber der Einverleibung körperfremden Eiweißes, die besonders dann zutage tritt, **wenn durch vorhergehende Injektionen der betreffenden Eiweißsubstanz eine Überempfindlichkeit gegen diese Substanz geschaffen worden ist.** Die Einverleibung des körperfremden Eiweißes ruft Krankheitserscheinungen hervor, von denen das Auftreten von Urticaria, von Erythemen und von sonstigen Hautaffektionen die relativ harmloseste Form darstellt.

An der Hand dieser Tatsachen wird eine Reihe von Rätseln der Klinik und speziell der Urticariaätiologie verständlich. Zunächst findet eine große Anzahl der verschiedenartigsten Urticariaeruptionen eine zwanglose und was viel wichtiger ist, in der Resorption körperfremder Eiweißsubstanz eine durchaus einheitliche Erklärung: die Urticaria nach dem Berühren von Brennesseln, nach dem Stich von Bienen, Wespen, Moskitos, Mücken usw. und vor allem die bis dahin ganz unerklärliche, als Kuriosum aufgeführte Urticaria nach dem Platzen eines Echinococcussackes der Leber, wobei sich der Inhalt des Sackes iu das Peritoneum entleert und der Resorption zugänglich wird.

Eine gesonderte Besprechung erfordern noch die Fälle, in denen Urticaria vom Darm aus entsteht, gewöhnlich als Urticaria ex ingestis bezeichnet. Es handelt sich hier immer um die Zufuhr von körperfremden Eiweißsubstanzen, allerdings nicht subkutan, sondern auf dem gewöhnlichen Wege per os. Wir haben oben mitgeteilt, daß in Fällen von Urticaria ex ingestis in der Mehrzahl der Fälle Darmstörungen und Vermehrung des Indikangehaltes des Urins gleichzeitig mitbeobachtet werden. L. Michaelis hat nachgewiesen, daß das Wesen der normalen Darmverdauung darin besteht, dem Eiweiß seine Artspezifität zu nehmen. Es ist zum mindesten sehr wahrscheinlich, daß bei diesen Individuen das betreffende Eiweiß durch die Darmsäfte nicht so abgebaut wird, daß es seine Arteigenheit verliert, so daß also körperfremdes Eiweiß in die Cirkulation gelangt. Nach den uns bekannten Gesetzen kommt auch bei dauernder Resorption gegen körperfremdes Eiweiß keine Unempfindlichkeit zustande, sondern es entsteht sogar eine Überempfindlichkeit, so erklärt es sich sehr einfach, daß die betreffenden Individuen jedesmal, wenn sie den betreffenden Eiweißstoff zu sich nehmen, demgegenüber ihre Darmsäfte eine offenbare Insufficienz aufweisen, an Urticaria erkranken. Diese Eigenschaft kann nur dann verloren gehen, wenn die Darmsäfte die betreffenden Stoffe so abbauen, daß sie völlig ihre Arteigenheit verlieren. Dann kommt es natürlich nicht mehr zu Urticariaeruptionen; auf diese Weise klären sich Fälle, welche in der Kindheit jedesmal nach dem Genuß einer bestimmten Speise an Urticaria erkrankt sind, während sie in späteren Jahren die Speise vertragen.

Schwieriger zu erklären erscheinen auf den ersten Blick die Urticariafälle, welche nach der Einverleibung von Arzneimitteln beobachtet werden und welche gerade klinisch die gleiche polymorphe Erscheinungsform wie die Serumexantheme darbieten. Wir wissen aber jetzt durch die neuesten Untersuchungen von Obermayer und Pick (Wiener klin. Wochenschrift. 1906), daß Eiweißstoffe, die von derselben Tierspezies stammen, durch Jodierung, Nitrierung und Diazotierung aus körpereigenem Eiweiß zu körperfremdem Eiweiß werden. Und dieses durch Jodierung, Nitrierung

und Diazotierung usw. denaturierte Eiweiß löst dann im Tierkörper die gleichen Reaktionen aus, wie wenn von Anfang an körperfremdes Eiweiß injiziert worden wäre, so z. B. Präzipitinbildung aus. Es würde sich nach diesen Untersuchungen also auch für die Arzneimittelexantheme eine der sonstigen Urticaria analoge Ätiologie herausstellen, wenn man eine Kuppelung des Eiweißmoleküls mit dem betreffenden Arzneistoff annimmt. Wenn man in Betracht zieht, daß Mibelli, Raviatt und Thonet in dem Inhalt der Blasen Antipyrin nachgewiesen haben und daß nach äußerer Applikation von Antipyrin auf die Haut von antipyrinempfindlichen Individuen ebenfalls die gleichen Erscheinungen auftreten, so besteht auch die Möglichkeit, daß direkte Antipyrinwirkung ihr Auftreten zur Folge hat. In diesem Falle würden diese Arzneiexantheme eventuell aus dem Rahmen der durch körperfremde Eiweißsubstanz bedingten herausfallen.

Die Obstipations- und Graviditätsurticaria findet ebenfalls durch die obige Formulierung des Gesetzes über „Eiweißüberempfindlichkeit“ ihre einfachste Erklärung; wissen wir jetzt doch sicher, daß während der Gravidität körperfremdes Eiweiß (vom Syncytium) in den Kreislauf der Schwangeren gelangt und dort unter Umständen als Zeichen der Eiweißresorption und der entstandenen Überempfindlichkeit Eklampsie auslöst. Die einzige Tatsache, die bisher dem Verständnis Schwierigkeiten bereitete, bestand darin, daß die Eklampsie eine relativ so seltene Erkrankung ist. Aber ähnlich wie beim Heufieber können wir jetzt eine ganze Reihe von Störungen bei Schwangeren auf die Resorption des körperfremdem Eiweiß beziehen (die Urticaria, die Albuminurie, vielleicht auch das Schwangerschaftserbrechen und die Eklampsie), so daß also die Eklampsie sich nur als die klinisch schwerste und seltenste Form der bei der Resorption körperfremden Eiweißes auftretenden Erscheinungen darstellen würde. Es würden so die einzelnen klinischen Manifestationen der Resorption körperfremden Eiweißes während der Gravidität in ungefähr dem gleichen Verhältnis stehen, wie die klinisch auch so außerordentlich differenten Formen, welche die Resorption von Polleneiweiß begleiten (man denke an die harmlose Conjunctivitis einerseits und die schweren asthmatischen Attacken anderseits, die beide durch Resorption der gleichen Polleneiweißsubstanz bedingt werden).

So hätten wir in der Urticaria im großen und ganzen ein Krankheitsbild mit einer einheitlichen Ätiologie vor uns. Vorläufig sind jedoch noch einzelne Fälle vorhanden, deren Einordnung gewisse Schwierigkeiten bereitet. So bietet die allerdings recht selten auftretende Menstruationsurticaria gewisse Schwierigkeiten, doch ist hier daran zu denken, daß sich bei der Menstruation ebenfalls bisher wenig bekannte Vorgänge abspielen, die man bisher mit innerer Sekretion bezeichnet, und bei denen leicht eine Veränderung des Eiweiß vor sich gehen kann, welche das Auftreten einer Urticariaeruption zur Folge haben kann. Man denke daran, eine wie geringe Erschütte-

rung das Eiweißmolekül zu erfahren braucht, um völlig andere Eigenschaften aufzuweisen (Ermüdungstoxin und Reduktionstoxin von Weichardt).

Nach dem Mitgeteilten würde die Urticaria also in zwei große Gruppen zerfallen:

1) die Fälle, bei denen die Urticaria durch die Zufuhr körperfremden Eiweißes von außen zustande kommt und 2) die Fälle, von denen das Gift direkt oder indirekt vom eigenen Körper stammt.

Streng genommen wären die Fälle von Urticaria ex ingestis zur ersten Gruppe zu rechnen, doch kommt das Gift indirekt vom Körper selbst, da der Darmkanal nach den Untersuchungen von Obermayer und Pick und Michaelis und Oppenheimer bei den Tieren, welche einen Darmkanal haben, also die Nahrung nicht direkt zu sich nehmen, das körperfremde Eiweiß so abbauen muß, daß nachher die Synthese zu körpereigenem Eiweiß stattfinden kann.

Gewisse Rätsel und damit der Stoff zu weiterer Forschung bleiben in der Urticariaätiologie auch jetzt noch bestehen. Wenn die Urticaria auf Resorption körperfremder Eiweißsubstanzen zurückgeführt wird — und soviel erscheint sichergestellt —, so kann dieses Eiweiß natürlich organisiert oder unorganisiert sein, d. h. es wird damit nicht die Frage entschieden, ob etwa die Urticaria durch lebende Infektionserreger hervorgerufen wird. Doch scheint mir diese Annahme für eine große Anzahl von Urticariafällen so gut wie ausgeschlossen zu sein.

Wenn Lesser nach seinen Versuchen über Urticariaentstehung an eine centrale, vom Gehirn ausgehende Wirkung denkt, so steht dies mit meinen Anschauungen durchaus in keinem Widerspruch, als ich stets für eine vom Centrum her zustande kommende Wirkung der Toxine und Endotoxine eingetreten[1] bin und nach meinen Ausführungen in den körperfremden Eiweißstoffen nur das Agens aufgefunden wäre, das in der großen Mehrzahl der Fälle die Erregung der Centren auslöst. Daß die betreffenden Centren auf andere Weise ebenfalls in Reizzustand gesetzt werden können, z. B. beim Erröten (Erythema fugax), braucht nicht weiter hervorgehoben zu werden, wenn man daran denkt, daß die Muskelkontraktion vom Nerven aus ebenfalls durch die verschiedenartigsten Reize zustande kommen kann.

Die entwickelten Ansichten zwingen uns, auf die in vollem Fluß befindliche Angioneurosenfrage einzugehen. Die Mehrzahl der Autoren steht auf dem Standpunkt, die Erytheme als Produkte rein entzündlicher Natur anzusehen, die Urticaria dagegen als „angioeurotisch“ zu betrachten.

Diese Unterscheidung ist sicher eine gekünstelte, da Entzündungserscheinungen nach dem Mitgeteilten sicher auch bei der Urticaria vorliegen und gegenüber den Erythemen nur quantitative Unterschiede

[1] Untersuchungen über einige Immunitätsfragen. Berliner klin. Woch. 1904. Nr. 42—44; Über Grundgesetze der Immunität. Centr. f. Bakt. XXXVII. 1904. H. 3.

bestehen. Seitdem der Befund von Bakterien (Streptokokken, Staphylokokken, Typhusbazillen, Gonokokken) an der entzündlichen Natur vieler Erytheme nicht mehr zweifeln ließ, hielt man an der angioneurotischen Natur der Urticaria um so mehr fest.

Das Zusammenbringen der Urticaria mit den Erythemen, wie dies Joseph tut, stellt nun den ersten Schritt vor, diese Trennung ad absurdum zu führen. Philippsohn durchschnitt den Halssympathicus, entfernte den Bauchstrang, riß das oberste Halsganglion hinaus und konnte auch dann noch Urticaria durch Einbringen Urticaria erzeugender Stoffe in die Lederhaut oder in die peripheren Arterien erzeugen.

Durch diese Versuche wird die angioneurotische Theorie außerordentlich in ihrer Bedeutung eingeschränkt. Der ganze Streit scheint mir aber nicht die Bedeutung zu haben, die ihr in den erregten Kämpfen beigelegt wird. Kein Versuch kann die Wirkung der Gefäßnerven völlig ausschalten weder bei der Urticaria noch bei der Entzündung. Die Urticaria ist die leichteste Form der Entzündung und an ihrem Zustandekommen sind die Gefäßnerven in gleicher Weise beteiligt, wie bei jeder anderen Entzündung. Angioneurose in diesem umgestalteten Sinn und Entzündung sind keine Gegensätze; dieser alte Kampfruf muß fallen und kann keinen Grund abgeben, die ineinander ätiologisch und klinisch übergehenden Begriffe: Urticaria und Erythem zu trennen.

II. Referate.

Allgemeine Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten.

1) **Zur Entstehung des Röntgen-Karzinoms der Haut und zur Entstehung des Karzinoms im allgemeinen,** von M. Oscar Wyss. (Beitr. z. klin. Chirurgie. XLIX. 1906.)

Bei einem Lupus erythematosus, der 26 Jahre bestanden hatte, ohne je zu einer Geschwulstbildung zu neigen, sah Verf. unmittelbar nach mehrmaliger Röntgen-Bestrahlung in einem Zeitraume von $1^1/_2$ Jahren drei primäre Karzinome und kontemporär mit dem dritten noch ein viertes auftreten, und zwar nur an jener Stelle, die am intensivsten bestrahlt worden war. Bei erkrankter Haut ist also besondere Vorsicht geboten, um Folgezustände zu vermeiden, die sich bei normaler Haut erst nach jahrelanger Röntgen-Behandlung einstellen. Das Röntgen-Karzinom entsteht dadurch, daß die Epithelzellen ihren Charakter verändern, indem sie sich schrankenlos zu teilen beginnen. Die Ursache davon ist in der vollständig mangelnden Ernährung einer Epithelzellengruppe mit Blut zu suchen, und zwar kommt dies dadurch zustande, daß die Gefäße unter dem Epithel allmählich enger geworden und obliteriert sind. Die Epithelzellen werden genötigt, ihre Nahrung direkt aus den ihnen zunächst liegenden Zellen oder Geweben zu entnehmen und werden dadurch zu Parasiten. Dieser Entstehungsmodus gilt auch für andere Karzinome.

Solger-Neiße.

2) **Zur Kenntnis der Basalzellenkarzinome Krompechers, speziell der basocellulären pigmentierten Naevokarzinome,** von S. Reines. (Beitr. zur pathol. Anatomie u. allg. Pathologie. XXXIX. 1906.)

Verf. gelangt auf Grund der Untersuchung von vier epithelialen Neubildungen der Haut, von denen der am eingehendsten geschilderte Tumor auf dem Boden eines pigmentierten Naevus entstanden war, zu folgenden Ergebnissen: 1) Auf dem Boden eines pigmentierten Naevus kann ein Karzinom entstehen, welches nicht von den abgeschnürten Naevuszellen ausgeht, sondern vom Deckepithel. 2) Die Krebszellen haben dann den Typus der unveränderten Deckepithel- bzw. Basalzellen und wandeln sich nicht um. Es müssen also nicht die Naevuszellen — als abgeschnürte Epithelien — in Wucherung geraten; sie können, während das Deckepithel (durch mechanische Insulte usw.) in Proliferation gerät, passiv bleiben und späterhin in den Epithelmassen aufgehen bzw. verdrängt werden und zugrunde gehen. 3) Manche, besonders die intensiv pigmentierten Naevuszellkomplexe und Naevusriesenzellen können sich auch als solche inmitten der Krebswucherung erhalten und bleiben dann scharf gegen letztere differenziert. 4) Die Pigmentierung der Krebsnester erfolgt dort, wo sie kein von vornherein dagewesenes Naevusnest umgreifen, vom Bindegewebe (den bindegewebigen Septen) aus und zeigt Analogie mit den Pigmentierungsverhältnissen der Naevuszellennester, wie sie von Fick beschrieben wurden. 5) Krebszellenwucherung und Pigmentation sind bis zu einem Grade voneinander unabhängig; das Pigment bewirkt vielleicht höchstens direkt Zellnekrose oder Bindegewebsdegeneration, indirekt energischere Zellwucherung. 6) Jedoch muß nicht jeder, von einem pigmentierten Naevus ausgehende Tumor in die Gruppe der bösartigen, ebenfalls von Pigmentnaevi ausgehenden Melanokarzinome oder -sarkome gebracht werden, ebensowenig eine exzessive Pigmentvermehrung erfahren. 7) Es gibt sicher pigmentierte Naevustumoren epithelialer Natur. Die Arbeit entstand, wie in einem Nachtrag bemerkt wird, unabhängig von der erst nach ihrer Vollendung erschienenen Abhandlung von Bandler über Melanosis lenticularis progressiva (Xeroderma pigmentosum), in der ihr Verf. bezüglich der Rolle der Melanoblasten sowie des Ausganges des Tumors vom Deckepithel, besonders seiner Basalschicht, zu ähnlichen Resultaten gelangt.

Solger-Neiße.

3) **Behandlung des Lidrandekzems, der Hordeola und Chalazien,** von Ed. Arning. (Med. Klinik. 1906. Nr. 41.)

Besser als die übliche Methode bewährte sich die Applikation von Benzoetinktur, welche ein gutes Lösungsmittel für eine Reihe von zwekentsprechenden Medikamenten ist. Nach Entfernung der Krusten durch Bähungen mit 1%iger warmer Borsäure und eventueller Epilierung von Lidhaaren mit eitriger Wurzel wird alle 2—3 Tage mit einem recht feinen Pinsel vorsichtig ein wenig von der etwas eingedickten, mit dem medikamentösen Zusatz verdickten Benzoetinktur auf den Lidrand aufgetragen. Bei Säuglingsekzemen bewährt sich am besten der reizlose Pyoktaninbenzoefirnis, bei älteren Kindern und Erwachsenen ist 1‰ Sublimatbenzoe und 1% Resorcinfirnis zweckmäßig. Hordeola werden durch Einstechen eines feinen hakenförmigen Paquelinstiftes ins Centrum der Entzündung zerstört; es bleibt eine punktförmige Narbe. Bei eitrig einschmelzenden Chalazien genügt nach Anästhesierung der Conjunctiva ein Einstich mit dem Spitzbrenner und Expression des Eiters. Bei kolloidaler oder gelatinöser Beschaffenheit des Inhaltes ist der Stich parallel zur Ebene des evertierten Lides zu machen und nach Expression des Cysteninhaltes die Cystenwand durch Ausglühen der Höhle mit dem Glühstift zu zerstören. Etwaiger Sekretstauung in der Wundhöhle wird durch leichte, zweimal täglich erfolgende Lidmassage vorgebeugt. Üppige, während der Heilung auftretende Granulationen sind mit an der Sonde an-

geschmolzenem Höllenstein zu ätzen. Kosmetisch und funktionell ist das Resultat recht gut.

Biberstein-Gleiwitz.

4) **Viscolan, eine neue Salbengrundlage,** von Klug. (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 51.)

Die chemische Fabrik Dr. Loebell in Mügeln hat das Viscin aus der Rinde der Misteln (Viscum album und quercinum) zu einer Salbengrundlage unter dem Namen Viscolan verarbeitet. Verf. rühmt ihm nach, daß es fast alle medikamentösen Zusätze verträgt, neutral ist, nicht ranzig wird, wegen seiner Klebrigkeit überraschend leicht von allen Wundflächen, Ekzemen, Beingeschwüren angenommen wird.

Schourp-Danzig.

5) **Sapalcol, ein fester Seifenspiritus zu medikamentösen Zwecken,** von A. Blaschko. (Med. Klinik. 1906. Nr. 50.)

Der unter dem Namen Sapal bekannte alkoholhaltige Natron-Seifenbrei eignet sich ausgezeichnet als Vehikel für zahlreiche Medikamente, soweit sie durch Alkalien nicht zersetzt werden. Diese mit Sapalcol bezeichneten Präparate sind außerordentlich handlich und bequem zu applizieren. Besonders eignen sie sich zur Behandlung des behaarten Kopfes mit farblosen Teerseifen, z. B. Sapalcol c. liq. carbon. deterg. $10^0/_0$, ferner für die chronischen infiltrierten Ekzeme, Lichen simplex u. a.

F. Biberstein-Gleiwitz.

6) **Über eine neue Anwendungsweise der konzentrierten Karbolsäure in der externen Therapie, vor allem bei Bubonen und Furunkulose,** von Werner Wolff. (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 45.)

Die geschlossenen Bubonen werden zunächst im Bereiche der Schwellung mit einem Anstrich von reiner Karbolsäure versehen, die mittels eines mit Watte umwickelten Stäbchens in einem etwa 0,5—1 cm breiten Strich einmal aufgetragen wird. Am anderen Tage wird das Verfahren wiederholt und solange fortgesetzt, bis die Haut anfängt sich abzuschuppen. Sodann wird mit den Anstrichen einige Tage pausiert und von neuem begonnen, wenn der Bubo noch nicht zurückgegangen ist. Der fluktuierende Bubo wird ebenfalls 2—3 Tage bestrichen, am vierten, wenn die Fluktuation nicht geschwunden, eine Inzision von etwa 2 cm Länge gemacht, der Eiter abgelassen, die Absceßhöhle mit reiner Karbolsäure angestrichen, dann verbunden und jeden 2.—3. Tag das Verfahren wiederholt, bis die Höhle granuliert, dann mit Salbe oder Jodoformgaze bis zur Abheilung behandelt. Ist der Bubo bereits durchgebrochen, so ist die Behandlung dieselbe wie beim eröffneten. Zur Behandlung unerweichter kleiner Furunkel genügt eine centrale Betupfung mit Acid. carbolic. per aquam oder besser per alcoholem liquefactum. Bei größeren ist es zweckmäßig, mit einer feinen Nadel oder Sonde die central gelegenen Haarbälge bzw. Talgdrüsenöffnungen so tief als möglich zu tuschieren. Bei erweichten Knoten benutzt man entweder die natürliche Öffnung oder legt künstlich, durch einen Einstich, eine solche an, durch welche dann einmal täglich die Tuschierung der Höhle erfolgt. Am ersten und zweiten Tage werden Umschläge mit Acidi borici 4,0, Liqu. alum. Acet ad 100,0 gemacht, worauf eine Bor- oder Arg. nitr.-Salbe aufgetragen wird. 12 in dieser Art behandelte Furunkel beanspruchten eine eintägige Behandlung, bei 5 Fällen genügte ein zweimaliges Betupfen. Auch bei Stomatitis aphthosa und ulcerosa erzielte eine einfache Betupfung mit in Alkohol gelöster, konzentrierten Karbolsäure gleichgünstige Resultate.

Schourp-Danzig.

7) **Über Behandlung mit Quecksilberlicht,** von Assfalg. (Münchener med. Wochenschrift. 1906. Nr. 41.)

Verf. verwendet eine Lampe mit zwei räumlich nebeneinander und elektrisch hintereinander geschalteten Röhren von 50 cm Länge mit darüber angebrachtem Reflektor und hat bei einer Reihe von Hautkrankheiten Heilung und Besserung erzielt. Die Anschaffungskosten der Lampe sind nicht hoch, der Betrieb billig, Verbrennungsgefahr ist ausgeschlossen. Im Vergleich zum Finsen-Licht geht der Uviollame leider noch die Tiefenwirkung ab, weshalb sie bei Lupus nicht angewandt wurde. G. Trautmann-München.

8) **Beiträge zur Radiometrie,** von Ernst Eitner. (Wiener med. Presse. 1906. Nr. 24 u. 25.)

Verf. gibt eine sehr eingehende Beschreibung des Freundschen Jodoform-Chloroformradiometers, zeigt dessen Brauchbarkeit und leichte Anwendbarkeit. Die Arbeit eignet sich nicht zu kurzem Referat, verdient aber sehr von Interessenten im Original nachgelesen zu werden. Kraus-Dortmund.

9) **Die Radiometrie mit Quecksilberoxalatlösungen,** von L. Freund. (Wiener med. Presse. 1906. Nr. 36.)

Verf. berichtet über Versuche, welche er mit dem Ederschen Ammoniumquecksilberoxalat-Photometer anstellte, rechtfertigt sein Jodoform-Chloroformmeßverfahren gegenüber mehrfach gemachten Angriffen; das Ganze schließt mit einer zum Teil in scharfen Ausdrücken gehaltene Abwehr von Polemiken, welchen Verf. seitens Holzknechts und Schwarz angeblich seit langem ausgesetzt ist. Kraus-Dortmund.

10) **Über Wärmewirkung bei Finsenbehandlung,** von Jansen. (Berliner klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 43.)

Verf. stellte im Finsenschen Institut Untersuchungen an, wie sich die Temperatur innen in den einer Finsenbehandlung unterzogenen Geweben verhält. Es ergab sich, daß wirklich eine Erwärmung stattfindet, daß sie jedoch nicht so hohe Grade erreicht, daß sie irgendwie nennenswerte Einwirkung auf Bakterien oder Gewebe haben kann. Es zeigte sich jedoch auch, daß man sehr nahe einer deletären Erwärmung, einer Verbrennung ist. Größere Lichtstärken als das gewöhnliche elektrische Bogenlicht wurden nicht vertragen. Daß eine schädliche Erwärmung der tiefer liegenden Gewebe nicht eintrat, wurde durch histologische Untersuchungen bekräftigt. Die Finsenbehandlung als Wärmebehandlung aufzufassen, hält Verf. für unberechtigt. Lengefeld-Brandenburg a/H.

11) **Hauttalg und Diät,** von Dr. G. Rosenfeld. (Centralbl. f. innere Medizin. 1906. Nr. 40.)

Bei einem Studierenden wurde folgender Versuch gemacht: auf eine Kohlenhydratperiode, in der neben 250 g Fleisch, 20 g Kakao, 94 g Eier, 70 g Fett, 100 g Zwieback und 332 g Zucker genossen wurden, folgte eine Fettperiode, in der die 332 g Zucker fortgelassen und durch die äquivalente Menge von 180 g Butter ersetzt wurden. Die Kost der zweiten Periode enthielt also statt 70 g 250 g Butter. In beiden Perioden erhielt der Körper die gleichen Energiemengen. Somit konnte hier die Frage klar beantwortet werden: Welchen Einfluß hat die Wahl der Nährstoffe auf die Hauttalgabscheidung? Es ergaben sich folgende Zahlen: In den 5 Tagen der Kohlenhydratkost wurden 11,56 g, also pro Tag 2,31 g Hauttalg ausgeschieden, während sich in den 9 Tagen der Fettzeit 8,49 g, also pro Tag 0,94 g kontatieren ließ. Die Ausscheidung von Talg war also in der Kohlehydratperiode 3 mal höher, als während der Zeit der Fetternährung. Bisher sind über die Beziehungen von Hauttalgmenge und Ernährung die oben aufgeführten Tatsachen und betr. der Verhältnisse von Hauttag zur Akne und Furunkulose

nur einzelne Beobachtungen gewonnen worden. Die Fortsetzung dieser Untersuchungen ist in Aussicht genommen. Solger-Rostock.

12) **Kompendium der speziellen Histopathologie der Haut.** Ein Leitfaden für Ärzte und Studierende, von S. Ehrmann und Joh. Fick. (Wien, Hölder, 1905. 6,20 M.)

Nach der im vorigen Jahre von den gleichen Verff. erschienenen Einführung in das mikroskopische Studium der normalen und kranken Haut mußte man auf das jetzt vorliegende Kompendium der speziellen Pathologie doppelt gespannt sein, da letzteres gewissermaßen die Fortsetzung der ersteren bildet. In der Tat schließt sich der zweite Teil würdig dem ersten an und unter Zugrundelegung von 55 schwarzen Abbildungen im Texte wird hier auf das Genaueste die Art und Weise geschildert, in welcher die pathologischen Vorgänge im speziellen Falle bei den verschiedenen Hautkrankheiten sich abspielen. Es leuchtet ein, daß jeder Arzt, welcher sich mit Hautkrankheiten beschäftigt, erst durch das Studium der anatomischen Grundlagen der einzelnen Dermatosen tiefer in den Werdegang des Krankheitsvorganges eindringen wird. Daher kann das vorliegende Kompendium nach jeder Richtung zum eingehenden Studium empfohlen werden. In präziser, nicht zu weitschweifiger, aber auch nicht zu kurzer Form sind hier alle wesentlichen Merkmale der histologischen Bilder wiedergegeben. J.

13) **Beiträge zur Histologie, mikroskopischen Anatomie und Entwicklungsgeschichte des Urogenitalkanales des Mannes und seiner Drüsen. I. Die Schleimhaut der Pars cavernosa des Urogenitalkanals. II. Über die accessorischen Geschlechtsdrüsen und deren Einteilung. III. Die Entwicklungsgeschichte des kavernösen Apparates des menschlichen männlichen Kopulationsorgans**, von A. Lichtenberg. (Anatom. Hefte, herausg. von Merkel und Bonnet. XXXI. 1906.)

Aus Verf.'s schon im Jahre 1904 abgeschlossenen Untersuchungen seien folgende Sätze hervorgehoben: I. (Material: 20jähr. Hingerichteter, menschliche Embryonen): Das Epithel der Pars cavernosa ur., das aus cylindrischen (prismatischen) Zellen besteht, ist kranial (proximal) von der Einmündung der Cowperschen Drüsen einschichtig, mit meist zweizeiligem Typus der Kernanordnung, kaudal von vielzeiligem Typus, wahrscheinlich verbunden mit Erhaltung des einschichtigen Charakters. Die Drüsen der Pars cavernosa zerfallen in 3 Kategorien: 1) Subepitheliale, tubuloalveoläre Drüsen, über die ganze Pars cavernosa gleichmäßig verteilt, 2) drüsenartige Buchten, nur proximal von der Einmündung der Cowperschen Drüsen, 3) submuköse Drüsen, nur distal von dieser Stelle. Bezüglich der Faltungen der Urethralwand, die wieder in Hauptfalten, Falten 1., 2. und 3. Ordnung zerfallen, ist auf das Original zu verweisen. II. (Material: 15 menschliche Embryonen, ein 2jähriger Knabe, zwei 20jährige Männer): Die Cowperschen Drüsen des Menschen, wetche die ontogenetisch älteste und zu höchster Entwickelung gelangte unter den Drüsen des ektodermalen Verbindungsstückes (fälschlich — was übrigens schon Oberdieck hervorhob, Ref. —) als Littresche Drüsen bnzeichnet, denn die von Littre beschriebene Drüse existiert in dieser Form gar nicht) darstellt, besitzen keine eigentlichen Ausführungsgänge. Die langen Gebilde, .welche die Samenharnröhre mit dem ausgedehnten Drüsenkörper verbinden dürfen nicht als solche aufgefaßt werden: sie sind den eigentümlichen räumlichen Verhältnissen angepaste secernierende Drüsenteile. Die männliche Harnröhre besteht also aus einem von der Einmündung der

Cowperschen Drüse bis zur Penisspitze reichenden ektodermalen Abschnitt und aus einem entodermalen Bezirk, der von hier bis zur Blase reicht. Die kleinen Drüsen dieses Abschnittes sowie die Prostata stammen also vom Entoderm, während die Ampullendrüsen und Samenblasen von der ektodermalen oder mesodermalen Samenröhre abstammen. III. Die drei Schwellkörper des Penis betrachtet Verf. als ontogenetisch nicht gleichwertige, selbständige Gebilde; nur der Mutterboden, das Mesoderm des Genitalhöckers, ist ihnen gemeinsam. Das älteste von ihnen ist das Corpus cav. penis, dessen einheitliche Anlage beim Menschen erst im Laufe der Entwicklung, und zwar unvollkommen aufgestellt wird. Solger-Neiße.

Gonorrhoe.

14) I. **Kurze Bemerkung zu dem Aufsatz von Dr. J. Loeblowitz: Ein kleiner Kunstgriff zur leichteren Passierung des M. sphincter externus urethrae,** von Oscar Ehrmann. — II. **Ein altbewährter Kunstgriff zur leichteren Passierung des M. sphincter externus urethrae,** von Wilh. Böttger. — III. **Bemerkung auf Dr. Loeblowitz Artikel**, von Franz v. Veress. (Monatsh. f. prakt. Dermatologie. XLIII. Nr. 12.)

Alle drei Verff. betonen, daß die von Loeblowitz angegebene Methode zur Überwindung des Sphinktertonus durch Pressenlassen wie zum Urinentleeren im Momente der gewünschten Sphinkterpassage längst Allgemeingut der harnärztlichen Praxis ist, besonders bei Janetschen Durchspülungen. Immerhin war es bei der Nützlichkeit des Kunstgriffes angebracht, auf ihn hinzuweisen und ihn für den Praktiker in Erinnerung zu bringen.

Schourp-Danzig.

15) **Ein neues Heilmittel der Gonorrhoe,** von E. Schwarz. (Fortschritte der Medizin. XXIV. Nr. 14.)

Verf. empfiehlt zwei neue Modifikationen des Novargan, das N.II oder dunkel und das N.III oder hell, welche denselben Silbergehalt wie das ursprüngliche Novargan haben und auch adstringierende Wirkungen entfalten, so daß sie — besonders das Novargan III — mit Vorteil selbst im Endstadium der Gonorrhoe benutzt werden können, ohne daß irgendwelche Reizerscheinungen sich bemerkbar machen. Amende-Bamberg.

16) **Beiträge zur Kenntnis der neueren Harndesinficientia,** von Victor Klimek. (Wiener med. Presse. 1906. Nr. 22.)

Übereinstimmend mit den in der Arbeit wiedergegebenen Erfahrungen anderer Autoren, hält Verf. das Hetralin in Dosen von 0,05 4 mal pro die für das wirksamste der Formaldehyd abspaltenden Harndesinficientien, das energischer als Urotropin und Helmitol azidifiziert, ohne Albuminurie, Hämaturie oder lästige Erscheinungen seitens des Darmtraktus auszulösen.

Amende-Bamberg.

17) **Versuche mit dem neuen Antigonorrhoicum „Santyl“,** von Sklarek (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 36.)

Bericht von 14 Fällen, in denen Santyl gern genommen und gut vertragen wurde, und von 1 Fall, in welchem wegen sehr empfindlichen Magens nur eine kleine Dosis gewählt wurde, um Beschwerden zu vermeiden. Santyl leistet nach Verf. zum mindesten ebensoviel wie die bisher bekannten internen Trippermittel und unterscheidet sich von diesen vorteilhaft durch den Mangel jeglicher Nebenwirkungen, sowie durch seine Geschmack- und Geruchlosigkeit.

Schourp-Danzig.

18) **Über Arrhovin,** von Frank. (Berliner klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 37.)

Aus bakteriologischen Versuchen ergab sich, daß die Umwandlungsprodukte des Arrhovins im Urin zwar nicht imstande sind, den Urin stark bakterizid zu machen, wohl aber demselben, wenn auch schwache entwicklungshemmende Eigenschaften auf Staphylokokken-, Streptokokken- und Gonokokkenkulturen zu verleihen. Dagegen macht es ebensowenig wie alle übrigen internen Mittel die lokalen Antisepsis bei der Gonorrhoetherapie überflüssig. Wohl aber wird es mehr noch als die Balsamica als wirksames Unterstützungsmittel willkommen sein wegen seiner reizmildernden und schmerzstillenden Wirkung auf entzündliche Schleimhauterkrankungen der Harnwege. Im Gegensatz zu den balsamischen Mitteln sah Verf. von Arrhovin keinerlei Reizerscheinungen von seiten der Verdauungsorgane bzw. der Nieren (wie in besonders hohem Grade in letzter Zeit von dem vielgepriesenen Gonosan) und empfiehlt es auch aus diesem Grunde als Unterstützungsmittel.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

19) **Die externe Behandlung der Gonorrhoe mit Arrhovin,** von Ganz. (Berliner klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 38.)

Verf. wandte das Arrhovin extern mit gutem Erfolge an, nach dem Abklingen der stürmischen entzündlichen Erscheinungen bei akuter und chronischer Gonorrhoe der vorderen und hinteren Harnröhre, bei Gonorrhoe der weiblichen Harnröhre, Vaginalkatarrh auf anämischer Grundlage und einem Fall von Rektalgonorrhoe. In einem Fall von phlegmonöser Bartholinitis wurde die Abszedierung verhindert durch mehrmals tägliche Einpinselung mit 5 %igen Arrhovinöl und Abschluß mit Wattetampons. Appliziert wurde das Präparat in Form von Einspritzungen (1—5 %ige ölige Lösung), als Bazilli 0,05 auf 1,0 Kakao) oder als Globuli (0,1 auf 2,0 ol. Cac.) bei weiblichen Genitalien. Auf Grund seiner Beobachtungen bezeichnet Verf. das Arrhovin als ein allen Anforderungen entsprechendes, extern anzuwendendes Antigonorrhoikum, von dessen innerer Anwendung er ebenfalls gute Erfolge sah.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

20) **L'incision de l'épididyme dans le traitement de l'orchite blennorrhagique,** par Bazel. (Gaz. des hôpitaux. 1906. Nr. 15.)

In hochgradigen Fällen von blennorrhoischer Orchitis, die sich kennzeichnen durch heftige Schmerzen, Fieber, Zeichen von Allgemeininfektion empfiehlt Verf. die Inzision der Epididymis anstatt der bisherigen exspektativen Behandlung, die meist zur Sklerose und Atrophie des muskulären Apparates führt, der doch zur Progression des Sperma notwendig ist. Der Einschnitt wird unter lokaler Anästhesie in der Weise vorgenommen, daß der Schwanz der Epididymis mit der linken Hand gefaßt und auf eine Länge von 3 cm eingeschnitten wird, wobei alle verhärteten Herde gespalten werden sollen; die Ränder der Inzision werden mit der äußeren Haut vernäht, die Wunde mit Gaze, die in 10 % Ichthyolglyzerin getränkt ist, verbunden. In 65 Fällen, die Verf. in dieser Weise behandelte, schwanden Fieber und Schmerzen sofort, die Wunde schloß sich in etwa einer Woche; irgendwelche Nachteile entstanden nicht.

Paul Cohn-Berlin.

21) **Zur inneren Behandlung der Gonorrhoe,** von Saalfeld. (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 49.)

Verf. legt Verwahrung ein gegen die Behauptung von Merzbach, Vieth und Ehrmann, daß empfohlen worden sei, unter Verzicht auf Lokalbehandlung der Gonorrhoe lediglich innerlich Gonosan zu verabreichen, und

betont unter Anführung seiner eigenen Publikationen, daß er keineswegs auf einem einseitigen Standpunkt in der Gonorrhoebehandlung stände. Aus seinen eigenen Versuchen kann er dem Santyl eine Überlegenheit gegenüber dem Gonosan nicht zugestehen. In dem Zusatz der Salizylsäure erblickt er mit Boss und Casper eine Nutzlosigkeit, welche bei fortgesetztem Gebrauch für die Nieren nicht gleichgültig sein kann. Die ausschließlich innere Behandlung der Gonorrhoe wird nach Ansicht des Verf.s nicht aufhören ihre Berechtigung zu haben, solange es noch Ärzte gibt, welche die Technik der lokalen Maßnahmen nicht beherrschen und solange es manuell ungeschickte Patienten gibt und stets wird die interne Therapie ein wirksames und willkommenes Adjuvans bleiben. Schourp-Danzig.

22) **Zur Kenntnis der von den Harnwegen ausgehenden Sepsisformen bei Katheterfieber durch Staphylococcus pyog. alb. bei Allgemeininfektion mit Bacterium coli,** von G. Jochmann. (Deutsches Archiv f. klin. Medizin. LXXXVII. 1906. August.)

Von den mitgeteilten Fällen interessieren uns hier zwei besonders. Beim ersten einem 25jähr Manne, der früher an Gonorrhoe gelitten und dann Beschwerden beim Urinieren zeigte, traten alle 2—3 Wochen, jedesmal wenn das Wasserlassen besonders erschwert war, nach vorangehendem Schüttelfroste Fieberanfälle auf. Daran änderten Bougiekuren nur wenig, bis er im Verlaufe eines solchen Anfalles an Pleuritis, Lungenabszessen und endlich Herzlähmung zugrunde ging. Intra vitam wurden aus dem Blute Staphyl. pyog. alb. gezüchtet, der sich auch im Urin fand. Vermutlich sind die pathogenen Keime durch einen kleinen Riß der Urethralschleimhaut ins Blut gelangt und haben sich dort enorm vermehrt. Bei dem zweiten Falle, einem 23jährigen Manne entwickelte sich im Anschlusse an eine Gonorrhoe eine Harnröhrenstriktur. Infolge der Verengerung kam es ungefähr $1^1/_2$ Jahre nach der gonorrhoischen Infektion zu einer Cystitis, die durch Kolibazillen verursacht war und zu einer Allgemeininfektion mit Bacterium coli geführt hatte. Paul Oppler-Breslau.

23) **Zur Cytologie des gonorrhoischen Eiters,** von Hans L. Posner. (Berliner klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 43.)

Auf Grund seiner Untersuchungen kommt Verf. zu folgenden Schlußsätzen: 1) Vakuolen finden sich in polynukleären und uninukleären Leukozyten und zwar in allen Stadien. Sie sind ein Zeichen stattgehabter Phagozytose und nicht für Gonokokken allein spezifisch. 2) Uninukleäre basophile Zellen findet man in allen Stadien der Gonorrhoe, besonders zahlreich in den ersten Tagen und bei sehr chronischen Fällen. 3) Auch Eosinophile kommen vereinzelt immer vor. Der Höhepunkt des Auftretens fällt in die 4. und 5. Krankheitswoche. Ihr zahlreiches Auftreten spricht für echte Gonorrhoe. 4) Der Befund von Kugelkernzellen legt den Gedanken nahe, daß entweder nie eine echte gonorrhoische Infektion bestanden hat, oder daß die Eiterung nicht mehr durch die Gonokokken allein, sondern durch andere Mikroorganismen oder Toxine im Gange gehalten wird.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

24) **Die Gonorrhoe und deren Therapie,** von B. Müller. (Therapeutische Monatshefte. 1906. Nr. 9.)

In dem „Parisol“ soll es gelungen sein, den deletären Einfluß des Formalins auf lebendes Gewebe auszuschalten, indem es eine chemische Verbindung darstellt, welche das Formaldehyd als wirksames Bestandteil enthält und während seines Aufenthaltes im Gewebe abspaltet, so daß das sich neu-

bildende Formaldehyd direkt zur Wirkung gelangen kann, ohne aber die Umgebung zu reizen. Prüfungen von Dr. Aufrecht ergaben, daß eine Lösung von Parisol 1:500 Gonokokken sicher nach 10 Minuten tötet. Verf. empfiehlt zur Behandlung der Gonorrhoe Dauerspülungen der Urethra mit 3—5%igen Parisollösungen von etwa 40° C. und berichtet von seinem guten Erfolge damit bei akuter wie chronischer Gonorrhoe des Mannes, während er für die Gonorrhoe der Frau Parisolspülungen und Parisolpätzungen befürwortet.

Schourp-Danzig.

25) **Über den Diplococcus intracellularis meningitidis und seine Beziehungen zu den Gonokokken,** von Ruppel. (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 34.)

Durch konsequentes Übertragen auf einen flüssigen Nährboden von bestimmter Zusammensetzung gelang es dem Verf., Meningokokkenkulturen zu sehr üppigem Wachstum zu veranlassen. Ohne daß in ihrem mikroskopischen Aussehen eine Veränderung eintrat, nahm die Kultur von einem bestimmten Meningokokkenstamm eine hervorragende Virulenz für alle Versuchstiere an. Durch subkutane Injektionen avirulenter, zweifelloser Meningokokkenkulturen gelang es weiße Mäuse und Kaninchen gegen intraperitoneale Infektionen mit der mehrfachen tötlichen Dosis der hochvirulenten Kultur mit absoluter Sicherheit zu immunisieren. Die gleiche Fähigkeit der Immunisierung gegen virulente Meningokokken ist allen Gonokokkenkulturen eigentümlich, so daß bei der auffallenden morphologischen und kulturellen Ähnlichkeit dieser beiden Kokkenarten eine überaus nahe Verwandtschaft beider Kulturen anzunehmen ist.

Schourp-Danzig.

26) **Über Borovertin, ein neues Harndesinficiens,** von Mankiewicz. (Berliner klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 49.)

Verf. hat von der A.-G. für Anilinfabrikation in Berlin beständige borsaure Hexamethylentetraminsalze herstellen lassen. Mit dem Hexamethylentriborat, daß er Borovertin nennt, angestellte Versuche ergaben, daß 1) in allen Fällen mindestens die gleiche Wirkung wie bei Urotropin eintrat; 2) daß das Präparat über die Wirkung des Urotripins hinaus vermöge seinen Harn azidifizierenden Wirkung in vielen Fällen bakterieller Erkrankung der Harnorgane den Urin klärt und sauer macht, besonders bei Patienten, die infolge Prostatahypertrophie und Blasenschwäche oder nach Operationen sich häufiger Katheterisation unterwerfen müssen. Verf. fing mit 1—2 g pro die an und stieg auf 4 g. Bei eintretender Appetitlosigkeit muß 1—2 Tage ausgesetzt werden mit der Medikation. Verf. hält die Einführung des Mittels, das allerdings bei gonorrhische Cystitis, Pyelitis, Steinniere, Tuberkulose der Blase und Niere nicht den gewünschten Erfolg hatte, für empfehlenswert und bittet, bei geeigneten Fällen das Präparat zu versuchen. Lengefeld-Brandenburg a/H.

Syphilis.

27) **Syphilitische Sensibilitätsstörungen am Rumpfe,** von Knapp. (Archiv f. Psychiatrie. XLI. 1906.)

Verf. veröffentlicht zwei Beobachtungen von Sensibilitätstörungen bei Luetikern, die neu und vielleicht auch differentialdiagnostisch von Bedeutung zu sein scheinen. In dem einen Fall (Infektion vor 15 Jahren) gesellten sich zu Sensibilitätsstörungen im Bereich beider Trigemini, Parästhesien in den linken Fingerspitzen und anderen nervösen Erscheinungen auch Sensibilitäts-

störungen in der rechten Abdominalhälfte, und zwar zwischen Mammillar- und vorderer Axillarlinie in der Mitte zwischen Darmbeinkamm und Rippenbogen im Bereich einer etwa fünfmarkstückgroßen Stelle, während in diesem Falle die Sensibilitätsstörung nur für Schmerz- und Berührungsempfindung nachgewiesen werden konnte, war bei einem zweiten Kranken (Infektion vor 18 Jahren) neben anderen Störungen, die wohl auf meningitische Prozesse zu beziehen sind, die Sensibilität für Berührung, Schmerz und Kältereize (zufällig gleichfalls rechts) an einer etwas tieferen Stelle der Bauchhaut herabgesetzt, die Wärmeempfindung aber erhalten. Der erste Pat. lehnte die Einleitung einer spezifischen Kur ab, bei dem zweiten verschwand unter Darreichung von Jodkalium mit den übrigen Erscheinungen auch die Sensibilitätsstörung in der Bauchgegend. Nur zwei Gruppen von Nervenästen kommen in Betracht: die Rami cutanei laterales und die lateralen Äste der Rami anteriores des X. bis XII. Intersostalnerven. Erstere winden sich zwischen den Ursprungszacken des M. latissimus dorsi und Obl. abd. externus durch, letztere durchbrechen die Aponeurose der Bauchmuskeln. Sind diese Nervenäste schon unter physiologischen Umständen leichter einer Läsion ausgesetzt, so genügt schon ein relativ wenig intensiver Krankheitsprozeß im Nerven, um durch Summation von an sich geringen Schädlichkeiten eine objektiv und subjektiv hervortretende Störung zu bewirken.

Solger-Neisse.

28) **Zur Frage der Glykosurie bei Quecksilberkuren,** von Otto Mendelsson. (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 35.)

In zahlreichen, untersuchten Fällen, die zum großen Teil eine gründliche und vielfach sehr ausgiebige Queksilberkur durchgemacht haben, fand Verf. nur einmal eine deutliche Glykosurie. Er glaubt daher, daß dem Vorkommen einer Glykosurie bei Quecksilberkuren praktische Bedeutung nicht beizumessen sei, und hält es daher im allgemeinen für überflüssig, den Harn der mit Quecksilber behandelten Patienten auf Zucker zu untersuchen.

Schourp-Danzig.

29) **Über die diagnostische Bedeutung der Spirochaete pallida,** von Hoffmann. (Berliner klin. Wochenschr. 1906. Nr. 44.)

Verf. wendet sich gegen Danziger, der behauptet, daß bis jetzt nur wenig Autoren der praktischen Verwertbarkeit der Entdeckung der Spir. pall. näher getreten seien, mit Anführung von Stellen seiner früheren Arbeiten. Hierbei spricht er sich für sofortige energische Quecksilberkuren aus, wenn Spirochäten nachgewiesen sind und der Schanker eventuell früh exzidiert oder zerstört ist, auch wenn keine Allgemeinerscheinungen aufgetreten sind. Zum Schluß geht Verf. auf die Arbeiten von Schulze und Sahling ein unter Hinweis auf die völlig negativen Ergebnisse zahlreicher Kontrolluntersuchungen bei nicht Syphilitischen, das Vorkommen von Silberspirochäten im Lumen von Blut- und Lymphgefäßen usw., im Bereich des Infiltrates von Primäraffekten, während das gesunde Gewebe in etwas weiterer Entfernung frei ist, sowie ihr Vorkommen zwischen den Fäden kleinerer Nerven am Grunde der Sklerosen.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

30) **Spirochaete pallida bei experimentell erzeugter interstitieller Hornhautentzündung,** von Greeff und Clausen. (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 36.)

Die Verff. haben seit längerer Zeit bei Affen und Kaninchen Impfungen mit syphilitischem Material in das Auge gemacht. Aus ihren Experimenten folgern sie, daß die Erreger der Syphilis — die Spirochaete pallida — in

die Hornhaut leicht eindringen und sich dort fortbewegen und vermehren. Wahrscheinlich ziehen sie der Hornhauttrübung weit voraus und die nachziehenden Leukozyten machen erst die Trübung. Die Leukozyten gehen offenbar einen Vernichtungskampf gegen die Spirochäten ein, denn in dichter Trübung, in Leukozythenhaufen finden sich keine Spirochäten mehr. Am dichtesten liegen sie in der noch durchsichtigen Hornhaut. Es ist nun wohl sichergestellt, daß die Syphilis im Kaninchenauge angeht, so sicher wie bei Affen; der große Unterschied ist jedoch der, daß es bei Kaninchen nicht in dem Maße zur syphilitischen Allgemeinerkrankung kommt, wie bei Menschen und Affen. Man darf sich diese Tatsache vielleicht so erklären, daß der Kampf der nachrückenden Leukozyten gegen die Spirochäten bei Menschen und Affen zugunsten, bei Kaninchen znungunsten der Spirochäten ausfällt.

Schourp-Danzig.

31) **Die Silberspirochäte,** von Schulze. (Berliner klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 37.)

Durch Hornhautuntersuchungen, die Verf. zur Nachprüfung von Bertarellis Hornhautimpfungen vornahm, gelang ihm der Nachweis, daß die von Bertarelli und Schaudinn als Spir. pall. bezeichneten Formen nicht anders zu deuten sind denn als Gewebsbestandteile. Die näheren mit Abbildungen versehenen Ausführungen sind im Original nachzulesen.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

32) **Bemerkungen zu dem Aufsatz: „Die Silberspirochäte“, von W. Schulze in Nr. 37 der Berliner klin. Wochenschrift,** von Levaditi. (Berliner klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 42.)

Verf. bemerkt, daß er verschiedentlich Spirillen zwischen roten Blutkörperchen mitten im Gefäßlumen und in der die Lymphräume ausfüllenden Flüssigkeit fand; ferner ganze Bündel und einzelne Exemplare von Spir. gallinarum im freien Gefäßlumen infizierter Hühner wie im Eigelb von Hühnereiern aus Ovarien. Da dies nicht gut Nerven- oder Bindegewebsfibrillen sein könnten, hält Verf. die Einwände von Schulze für hinfällig.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

33) **Zur Frage der Silberspirochäte,** von Schulz. (Berliner kiin. Wochenschrift. 1906. Nr. 52.)

Auf Grund seiner bisherigen Untersuchungen kommt Verf. zu dem Schluß, daß die Lues mit Sicherheit auf das Kaninchenauge übertragen werden kann, und daß in demselben, besonders auch in dem erfolgreich geimpften Auge, ebenso wie in den luetisch erkrankten Organen des Menschen, der Cytorrhyctes luis (Siegel) nachweisbar ist. Die mit der Silbermethode dargestellten, mehr oder minder spiraligen Gebilde in syphilitischen und nichtsyphilitischen Organen sind als Gewebsbestandteile zu deuten und zwar in der Regel als Nervenendfibrillen. Die näheren Ausführungen, in denen auch die von Levaditi erhobenen Einwände (Berliner klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 42.) zurückgewiesen werden, sind im Original nachzulesen.

Lengefeld-Brandenburg a./H.

34) **Über Spirochätenbefunde bei Karzinom und bei Syphilis,** von Friedenthal. (Berliner klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 37.)

Während die Spir. pall. in Schnittpräparaten mit Färbung sich nur ausnahmsweise darstellen ließ, gelang es mit der Ramon y Cajalschen Nervenversilberungsmethode, spiralige Gebilde in syphilitischen Affektionen nachzuweisen, die für versilberte Exemplare der Spir. pall. erklärt wurden

Auffällig erscheint es, daß diese Gebilde nie in Kontrollpräparaten, sondern nur bei syphilitischen Affektionen gefunden wurden. Diese Silberspirochäten sind durch Alkoholschrumpfung spiralig gewordene Teile von elastischen Fasern, marklosen Nervengeflechten und ähnliche Gewebsbestandteile. Verf. gelang es zufällig, in Karzinomgeweben Metallniederschläge zu erzeugen, die den als Spir. pall. beschriebenen Silberspiralen zum Verwechseln ähnlich sahen. Verf. hält diese Gebilde für Metallniederschläge in Spiralform in verdichteten Protoplasmastrecken bei Abwesenheit jedes Parasiten. Nach seiner Ansicht verdient die Frage nach dem Erreger der Syphilis erneute Untersuchungen. Bei der bekannten Unzuverläßlichkeit aller Metallimprägnationen seien nur solche Methoden als entscheidend anzusehen, bei denen Irrtümer ausgeschlossen seien.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

35) **Die Differentialdiagnose der Spirochäten in Schnittpräparaten,** von Dreyer. (Med. Klinik. 1906. Nr. 51.)

Obgleich die Unterscheidung der Spirochäten in Gewebsschnitten weit leichter als in Ausstrichpräparaten erscheint, sind die Unterschiede zwischen den verschiedenen Spirochätearten noch von manchen umstritten. Nach einer Übersicht über die Berichte derjenigen Autoren, welche nichtsyphilitische Spirochäten in Geweben untersuchten und zum weit überwiegenden Teil auf die außerordentlich deutlichen und leicht erkennbaren Differenzen zwischen den Spirochätenarten hinweisen, berichtet Verf. über einen Fall von balanitischen Erosionen, welche zahlreiche unregelmäßige Spirillen, fusiforme Bazillen und andere Bakterien aufwiesen. Im Gewebsschnitt einer exstirpierten Erosion wurden typisch gestaltete spirochaetae pallidae gefunden, so daß eine Mischinfektion angenommen werden mußte. Der weitere Verlauf, in dem nach 4 Wochen ein makulopapulöses Syphilid auftrat, bestätigte die bakteriologische Diagnose, die aus den klinischen Erscheinungen nicht zu stellen war.

F. Biberstein-Gleiwitz.

36) **Diagnostische Gewebs- und Blutuntersuchungen bei Syphilis,** von A. Neisser, C. Bruck und A. Schucht. (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 48.)

Trotz mancher noch unaufgeklärter Verhältnisse kommt der serodiagnostischen Blutuntersuchung schon jetzt eine Bedeutuug zu. Die dahin gestellten Untersuchungen lassen erkennen, daß Extrakte von normalem Affenblut bisher nie eine positive (Antigen-)Reaktion ergaben und daß normales Affenserum in der Regel keine Syphilisantikörper enthielt. Blutextrakte von nichtsyphiliskranken Menschen wurden 85 mal auf Antigen untersucht; nur in 5 Fällen, welche unaufgeklärt sind, ergab sich eine positive Reaktion. Ob in diesen Fällen nicht doch eine latente, gänzlich unbekannte Lues zugrunde liegt, ließ sich nicht eruieren. Unter 163 untersuchten Fällen mit vorhandenen Syphilissymptomen befanden sich 114 = 70 $^0/_0$, in denen die Reaktion, sei es auf Antigene, sei es auf Antikörper, positiv ausfiel. Für praktisch-diagnostische Zwecke käme in Betracht: die Untersuchung von Gewebeextrakten von Organen von Föten und Kindern, von Placenten, von exstirpierten Drüsen, von exstirpierten Neubildungen mit fraglicher Syphilis und die Untersuchung von Blutexttrakten und Seren von Patienten, deren Syphilis noch nicht mit Sicherheit feststeht oder deren Lues wohl bekannt ist, wo aber ein Anhaltspunkt gewonnen werden soll, ob man noch mit Krankheit rechnen muß oder eine erzielte Heilung annehmen darf. Für diese Fälle würde 1) eine positive Antigenreaktion zu deuten sein in dem

Sinn, daß Syphilisparasiten noch im Körper existieren; 2) eine positive Antikörperreaktion zu deuten sein in dem Sinne, daß zu irgendeiner Zeit der Körper Syphilisparasiten beherbergt hat.

Schourp-Danzig.

37) **Untersuchungen über Syphilis an Affen.** Zweite Mitteilung von E. Finger und K. Landsteiner. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. LXXXI. 1906. S. 147.)

Die Impfung mit Lymphdrüsen fiel viermal positiv aus, woraus sich ergab, daß in denselben schon frühzeitig (11. Woche) reichliches Virus enthalten ist, wogegen die Impfung mit Blut in keinem Falle ein typisch eindeutiges Resultat ergab. Impfungen mit Milch syphilitischer Wöchnerinnen waren rein negativ. Besonders bemerkenswert ist das Gelingen der Impfung mit Sperma, welches einem Kranken mit beiderseitiger Orchitis interstitialis entstammte sowie mit Sperma bei frischer Lues ohne Hodenerkrankung. Demnach kann ein Luetiker durch den Coitus infizieren, ohne daß eine Erkrankung des Genitals besteht. Reinfektionen von Affen vor Eintritt des Impfeffektes gelangen in allen 5 Fällen. Aber auch zur Zeit des Ausbruches der Folgeerscheinungen und noch einige Zeit nachher ist eine Infektion möglich, deren Ergebnis jedoch meist geringer ausgebildet ist und schneller abläuft, wobei auch die Inkubationszeit verkürzt ist. Einige Zeit später verliefen Reinfektionen negativ, während es wieder nach längerer Zeit (10 Monate) gelang, einen abortiv verlaufenden Impfeffekt zu erzielen. Entsprechend ergab sich dann auch beim Menschen, daß Syphilitiker aller Stadien auf Syphilisvirus mit örtlichen, spezifischen Erscheinungen reagieren, was der bisherigen Ansicht völlig widerspricht. Bei Impfungen von Tertiärsyphilitischen bilden sich dem gerade bestehenden tertiären Syphilid entsprechende Herde aus. Der Syphilitiker erwirbt eine allmählich steigende Immunität, so daß es zur Zeit des Bestehens eines Primäraffektes noch zur Entstehung spontaner Superinfektion kommen kann. Während der Sekundärperiode erzeugen die Rezidive immer spärlichere und geringere Erscheinungen, woraus gleichfalls eine Steigerung der Immunität ersehen werden kann. Im tertiären Stadium kann man nach den angeführten Versuchen das Bestehen einer veränderten Reaktion annehmen. Dafür, daß auch eine lokale Gewebsimmunität bestehen kann, spricht der Umstand der centralen Abheilung serpiginös fortschreitender Syphilide. Betreffs der Superinfektionen hat Sabereanu darauf hingewiesen, daß während der ersten und zweiten Inkubation Reinfektionen möglich sind, deren Initialeffekte als papulöse Effloreszenzen, wenn sie mindestens 10 Tage vor den Sekundärerscheinungen auftreten, sonst wahre Primäraffekte sind. Daher sind die sogen. regionären Papeln wohl öfters Produkte einer Autoinokulation. Man darf auch als Beweis für eine Reinfektion nicht den völlig typischen Verlauf einer Syphilis fordern, da auch abgeschwächte Reinfektionen vorkommen können. Die Überimpfung aus gummösen Affektionen gelang den Autoren in einem weiteren Falle, während ein zweiter Versuch nicht zu einem sicheren Resultat führte. Die Schwierigkeit der Experimente beruht auf der geringen Menge des Virus, in den tertiären Produkten, für dessen Erklärung auch eine veränderte Reaktion, Überempfindlichkeit, herangezogen werden kann. In Übereinstimmung hiermit mißlingt die Impfung von Lues maligna ebenfalls oft oder führt wenigstens zu recht geringen Impfeffekten.

Löwenheim-Liegnitz.

38) **Über die Pathogenese der merkuriellen Colitis und Stomatitis**, von Johan Almkvist. (Dermatolog. Zeitschrift. 1906. Dezember.)

Durch Zuammenstellung dreier Ursachenmonmente: 1) Quecksilbervergiftung, 2) Einwirkung von H_2S auf eine Schleimhaut und 3) Schädigung der Schleimhaut, ist es dem Verf. gelungen, experimentell ganz ähnliche nekrotische Veränderungen wie bei der merkuriellen Colitis und Stomatitis hervorzubringen. Die Entstehung der merkuriellen Colitis und Stomatitis scheint folgendermaßen vor sich zu gehen: Sind in der Mundhöhle und im Dickdarm absehbare Fäulnisprozesse vorhanden, so wird hierdurch die Schleimhaut etwas aufgelockert oder erodiert. Durch diese veränderte Schleimhaut wird das von den Fäulnisprozessen gebildete H_2S-Gas teilweise resorbiert. Enthält das Blut Quecksilber, so entsteht dabei in den oberflächlichen Kapillarschlingen ein Niederschlag von Schwefelquecksilber, welcher sich in Endothelzellen der Gefäßwand niederschlägt. Hierdurch wird die physiologische Rolle der Gefäßwand für die Cirkulation gestört, und infolgedessen leidet die Nutrition des Gewebes. Unabhängig hiervon, wahrscheinlich infolge einer lähmenden Einwirkung auf die Gefäßnerven, entsteht besonders im Darm Gefäßdilatation. Als Folge der Ernährungsstörung entwickeln sich im Gewebe degenerative Prozesse. Gleichzeitig hiermit findet man eine Leukozytenanhäufung. Diese Leukozyten haben das Streben, den Schwefelquecksilberniederschlag aufzunehmen, ihn von der Gefäßwand hinwegzubringen, um die Cirkulation wieder herzustellen also ein Heilprozeß der Natur. Ist der Niederschlag zu groß, um von den Leukozyten fortgeschafft werden zu können, so kommt es zur Nekrose des Gewebes. Später entstehen Blutungen und an einigen Stellen eine hämorrhagische Infarcierung des Gewebes. Der Zerfall des nekrotischen Gewebes geht immer tiefer und tiefer, und hierdurch entstehen Ulzerationen.

Immerwahr-Berlin.

39) **Genügt die moderne Diagnose syphilitischer Erkrankung wissenschaftlichen Forderungen?** Von Rosenbach. (Berliner klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 35 u. 36.)

Solange nicht ein bei allen unter den notwendigen Kautelen vorgenommenen Untersuchungen bei Luetischen in bestimmten Produkten wohl charakterisiertes und in seiner Form konstantes Mikrobium regelmäßig gefunden wird, und solange dieser Befund nicht auch einwandsfrei im Blute, in nicht ulzerierten Produkten oder in den nur geschwellten, nicht mit einer Ulzeration zusammenhängenden Drüsen gemacht worden ist, kann Verf. nur zugeben, daß Spirochäten bei infektiösen (namentlich chronisch-ulzerierenden) oder Eiterungsprozessen die Rolle spielen können, die bei den akuten Eiterungen die sogen. Eiterungserreger haben. Daß die Abwesenheit der Parasiten bei nicht luetisch erkrankten oder erkrankt gewesenen mit Sicherheit in einer sehr großen Anzahl von Fällen festgestellt werden muß, sei selbstverständlich. Ferner verlangt Verf. unter Eingehen auf die Fälle von Doutrelepont und Grouven und einen Fall von Buschke und Fischer (vgl. d. Centralblatt. IX. Nr. 11. Ref. 66, 67.) bezüglich der Beweiskraft und Deutung der Befunde, daß die luetische Natur der Erkrankung in allen Fällen über allen Zweifel hinaus erwiesen ist, was seiner Ansicht nach in diesen Fällen nicht der Fall sei.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

40) **La syphilis des honnêtes femmes,** par Fournier. (Gaz. des hôpitaux. 1906. Nr. 113.)

Nach den Beobachtungen des Verf.'s sind von 100 luetischen Frauen 20 anständige, die von ihren Gatten infiziert worden sind; diese letzteren haben ihre Lues in 70 % vor der Ehe akquiriert. Die Übertragungsfähigkeit

der Krankheit ist außerordentlich variabel, jedoch heiraten die meisten Luetiker zu früh, was zum Teil an den Ärzten, zum Teil an der Ungeduld der Patienten liegt. Verf. fordert eine Karenzzeit von 4—5 Jahren nach dem Verschwinden der letzten Erscheinungen. Verhängnisvoll wirkt vielfach die im Einverständnis mit den Gatten erfolgende Täuschung der Patientinnen über ihre Krankheit von seiten der Ärzte. Verf. fordert Aufklärung des Laienpuklikums im weitesten Sinne, wie bezüglich des Alkohols, der Pocken, der Tuberkulose, in der Armee, den Schulen, der Öffentlichkeit. Paul Cohn-Berlin.

41) **Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten.** II. Teil: **Geschlechtskrankheiten**, von E. Lesser. 12. Aufl. (Leipzig 1906, Vogel.)

Das Vorliegen einer 12. Auflage des bekannten Lesserschen Lehrbuches ist Beweis genug für die allgemeine Anerkennung desselben und läßt jede weitere Empfehlung überflüssig erscheinen. Es sei nur noch betont, daß Verf. selbstverständlich alle neuen Forschungen besonders auf dem Syphilisgebiete auf das eingehendste berücksichtigt. Besonders der Spirochaete pallida wird nicht nur im Texte, sondern auch auf einer farbigen Tafel die größte Beachtung geschenkt. Diese sowie die übrigen 9 Tafeln gereichen dem Buche zur besonderen Zierde. J.

42) **Zur Allgemeinbehandlung der Syphilis,** von Leopold Loew. (Therapeutische Monatshefte. 1906. Nr. 11.)

Verf., welcher der Ansicht ist, daß die Domäne der Inunktionskur das Spital bleibt, hat 6 Fälle von Syphilis mit der Injektion Hirsch behandelt. Diese bestehen aus 1 % Hydrargyrum oxycyanatum und 0,5 % Akoïn Heyden. Auf Grund seiner Erfahrungen empfiehlt Verf. diese Injektionen als ein den bisher bekannten, löslichen Quecksilberpräparaten gleichwertiges, völlig reizloses und ganz unschädliches Mittel für die Allgemeinbehandlung der Syphilis aufs wärmste. Schourp-Danzig.

43) **Kurze Mitteilung zu dem Aufsatz von Prof. Wassermann und Dr. Plaut: Über syphiltische Antistoffe in der Cerebrospinalflüssigkeit von Paralytikern in Nr. 44 der Deutschen med. Wochenschrift,** von Hans Bab. (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 49.)

Unabhängig von den Arbeiten der genannten Verff. imprägnierte Bab Stücke derselben Organe nach Levaditi mit Silber und untersuchte sie auf ihren Spirochätengehalt. Es ergab sich ein auffallendes Übereinstimmen zwischen dem Ausfall der biologischen Reaktion, welche das Vorhandensein bzw. Fehlen syphilitischer Antigene erweist, und diesen mikroskopischen Befunden, so daß Verf. den Schluß zieht, daß die Spirochäte der Produzent der biologisch nachweisbaren syphilitischen Stoffe ist. Schourp-Danzig.

44) **Kongenitale Dünndarmsyphilis,** von Fraenkel. (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 43.)

Ein 4 Tage altes Kind war an eitriger Peritonitis zu Grunde gegangen. Die Darmerkrankung war auf Jejunum und Ileum beschränkt und hatte zur beetartigen Infiltration der Darmwand und zu tiefgreifenden, quergestellten, bis an die Serosa heranreichenden Geschwüre geführt. Außerdem bestanden äußerst derbe Verwachsungen der Dünndarmschlingen, ein Befund, der bewies, daß das Kind bereits intrauterin eine Peritonitis durchgemacht hatte, auf welche die bindegewebigen Adhäsionen zwischen den Dünndarmschlingen zurückzuführen waren. In der Darmwand wurden nach dem von Bertarelli angegebenen Vorfahren große Mengen von Spirochäten nachgewiesen und zwar ausschließlich an den Stellen der Infiltrate und Geschwüre. Nach

Überfärbung mit polychromem Methylenblau mit nachfolgender maximaler Differenzierung in konzentrierter, wässeriger Tanninlösung hoben sich die Spirochäten aufs schärfste ab, und es konnte festgestellt werden, daß sie sich in der Mucosa teils in dem an lymphatischen Elementen reichen Gewebe zwischen den Lieberkühnschen Drüsen aufhalten, teils im Lumen der letzteren angetroffen werden und daß sie in dichten Schwärmen die Gefäßwand der Darmwand umsäumen. In Schnitten durch die Leber, Milz, Mesenterialdrüsen wurden Spirochäten nicht gefunden. Schourp-Danzig.

45) **Über Spirochätenbefunde bei macerierten Neugeborenen,** von Zangemeister. (Dentsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 47.)

Aus dem Vorfinden von Spirochäten in fünf von sechs anatomisch sicher syphilitischen Kindern und dem Fehlen von Spirochäten bei vier mazerierten Kindern ohne anatomischen Syphilisnachweis schließt Verf., daß ein hänfiges Vorkommen der Spirochaete pallida gerade und ausschließlich bei syphilitischen Früchten die ätiologische Bedeutung der Spirochäte für die Lues deshalb sehr wahrscheinlich macht, weil der Fötus sonst keimfrei ist. Schourp-Danzig.

Krankheiten des Urogenitalapparates.

46) **La spermatorrhée et sa thérapeutique (rééducation psychique et traitement somatique),** par Lévy. (Annales d. malad. d. org. génit.-urin. 1906. Nr. 14.)

In ausführlichster Weise schildert Verf., wie durch systematische „Wiedererziehung“ auch unfreiwillige Samenverluste zu heilen seien; die psychische Ursache fehle bei den ungewollten Samenabgängen nicht, sondern gelange nur nicht zum Bewußtsein; daher seien auch diese der Suggestion zugänglich. Treffend ist die Bemerkung, daß manche Patienten, die wegen krankhafter Pollutionen den Arzt befragen, Onanie dissimulieren, ferner, daß man Leute, die sich Impotenz nur einbilden, nicht durch eine komplizierte und lange Behandlung erst recht in ihrem Krankheitswahn bestärken solle.

Goldberg-Köln/Wildungen.

47) **Renal calculus of unusual size,** by F. Kreissl. (American Journ. of Urology. 1906. Juli.)

Der 41 Jahre alte Patient litt seit langer Zeit an häufig auftretenden linksseitigen Nierenkoliken und Blasensteinen, die operativ entfernt wurden. Da jedoch trotz lokaler Behandlung der Blase der Urin trübe blieb, ferner rechtsseitige Lumbalschmerzen und Tenesmus auftraten, fing Verf. durch Ureterenkatheterismus den Urin aus beiden Nieren getrennt auf und fand links einen klaren, sauren Urin, rechs jedoch einen starkalkalischen, trüben Urin mit Eiterzellen und Blutkörperchen. Die Röntgen-Photographie ergab ein unklares Bild. Als Irrigationen des Nierenbeckens keine Besserung veranlaßten, legte Verf. die rechte Niere operativ frei und entfernte einen großen Nierenstein, welcher das ganze Nierenbecken vom Infundibulum bis zu dem Ureter ausfüllte und 60 g wog. Die Niere selbst wurde trotz pathologischer Veränderungen nicht entfernt, da die funktionelle Urinuntersuchung ergeben hatte, daß ihre Aktivität besser als die der linken Niere war. Pat. wurde geheilt entlassen. Schiftan-Berlin.

48) **Über einen Blasenstein mit Wachskern, Krankengeschichte und Beitrag zur Frage der diagnostischen Verwendung der Röntgen-Strahlen bei Harnkonkrementen,** von Rothschild. (Berliner klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 50.)

Bei einem Pat. mit exzessiver Cystitis dolorosa ergab die Röntgen-Aufnahme das Vorhandensein eines größeren Steines, der durch Sectia alta entfernt wurde. Der Stein hatte sich um einen Wachskern gebildet, der Masturbationis causa eingeführt war. Außer dem Stein erschien auf der Platte ein zweiter Schatten, der auf einer nach der Operation gemachten Aufnahme nicht mehr zu finden war und wohl von einem Kotstein herrührte. Es ergibt sich hieraus, daß unter Umständen verschiedene Aufnahmen nötig werden, um sichere diagnostische Schlüsse aus derartigen Röntgen-Bildern zu entnehmen.

Lengefeld-Brandenburg a./H.

49) **Zur Würdigung der Bottinischen Operation im Verhältnis zur Prostatektomie, mit einer Statistik über 152 eigene Bottinische Operationen,** von Albert Freudenberg. (Heilkunde. 1906. Mai.)

Da Verf. bei 55,3% Heilungen und 29,6% wesentlichen Besserungen nur 7,9% Mißerfolge und 7,2% Todesfälle hatte, muß seines Erachtens die Bottinische Operation nicht zugunsten der Prostatektomie verlassen werden, sondern die Frage kann nur lauten: Wann mache ich besser die Bottinische Operation und wann besser die Prostatektomie? Voraussetzung der Bottinischen Operation ist Beherrschung der endoveiscealen Methoden, ihre Vorzüge sind die Möglichkeit der Ausführung bei lokaler Anästhesie, Erhaltung der Potenz. Sie ist besonders bei kleiner und mittelgroßer Prostata zu empfehlen und gibt die schönsten Erfolge, wenn ausschließlich eine „Barrière" der Prostata das Miktionshindernis bildet.

Amende-Steglitz.

50) **Zur Würdigung der Bottinischen Operation,** von Cohn. (Berliner klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 16.)

Verf. berichtet über seine Erfahrungen an 30 operierten Fällen. Die Operation wurde nie ohne vorhergegangene Cystoskopie vorgenommen, anfänglich unter Chloroform- oder Äthernarkose, dann mit Lokalanästhesie (2%ige Eucainlösung), schließlich ganz unter Anästhesie. Es wurden hierbei nur geringe Schmerzen geäußert. Die Blase wurde nach gründlicher Spülung mit 100 g lauwarmem Borwasser gefüllt. Die Anzahl der Schnitte und ihre Tiefe hing von der cystoskopischen und Sondenuntersuchung, verbunden mit der Fingerkontrolle, vom Mastdarm ab. Nach Beendigung der Operation wurde für einige Tage ein Dauerkatheter eingeführt. Der Erfolg trat nicht immer gleich nach seiner Entfernung am 4. Tag ein. Zuweilen wurde ein starker Tenesmus beobachtet. An ersteren Beschwerden traten fast regelmäßig mehr oder weniger starke Blutungen auf, die aber gewöhnlich nach Einführung des Dauerkatheters und Spülung mit Argent. nitric. 1:1000 standen. Adrenalineinspritzungen (1:10000) ließen im Stich, während Gelatine innerlich von Erfolg zu sein schien. Eine weitere Gefahr waren Fieberattacken, die ebenfalls nach einigen Tage, nach dem Abstoßen der Schorfe, auftraten. Sie sind als eine mit Fieber einhergehende akute Exacerbation der Cystitis aufzufassen. Einmal wurde 8 Tage nach der Operation eine Lungenembolie beobachtet, von der der Pat. sich wieder erholte. Ein Todesfall trat ein bei einem Pat. mit hochgradiger Pyelitis und Cystitis; ein anderer starb an Verblutung. In einer zweiten Gruppe von Fällen trat kein Erfolg ein. Zu einer dritten gehören die Fälle, die geheilt, bzw. bedeutend gebessert wurden. (Zahlen gibt Verf. nicht an. Ref.) Trotz der Gefahren und Mißerfolge rät Verf. dann zu der Operation, wenn der Pat. so geschwächt ist, daß ihm eine Narkose ein langes Krankenlager nicht ohne Gefahr zugemutet werden kann.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

51) **Über Alypin in der urologischen Praxis,** von H. Lohnstein. (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 13.)

In etwa 120 Fällen versuchte Verf. das Alypin als Kokainersatz. Verf. kommt zu dem Schlusse, daß das Alypin, insbesondere sein salpetersaures Salz, ein vollkommenes Ersatzmittel für das Cocaïn nitricum bzw. die anderen Kokainsalze darstellt, soweit seine anästhesierenden Eigenschaften in Frage kommen. Da es jedoch, ohne zersetzt zu werden, sterilisierbar ist, ferner geringere Giftigkeit besitzt, schließlich auch wohlfeiler ist als jenes, so gebührt ihm zweifellos in der urologischen Praxis der Vorrang vor dem Kokain.

Schourp-Danzig.

52) **Enuresis ureterica,** von Posner. (Berliner klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 32.)

Verf. hatte Gelegenheit, 2 Patientinnen zu beobachten, die beide an Enuresis litten und jahrelang erfolglos behandelt waren. Die Untersuchung ergab, daß ein Ureter gar nicht in die Blase, sondern in die Vagina mündete. Therapeutisch kommt in erster Linie die Einpflanzung des Harnleiters in die Blase in Betracht.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

53) **Ursachen und Behandlungsmethoden schwerer Blutungen der Prostatiker,** von Goldberg. (Therapie der Gegenwart. 1906. Mai.)

Spontane Prostatablutungen unbehandelter Prostatiker sah Verf. sehr selten, unter 200 Fällen nur in etwa 2 %. Teils waren es leichte „prämonitorische" Blutungen, die am besten ohne aktive Behandlung bleiben, teils schwere intermittierende Hämorrhagien, ohne daß Steinbildung, Tumoren der Blase oder maligne Entartung der Prostata vorlagen. Bei dieser letzten Kategorie von Blutungen ist die Hauptaufgabe der Therapie Entleerung der Blase mit weitem, halbweichem Katheter, Herausspülung, eventuell Ansaugung der Gerinnsel, gründliche Desinfektion der Blase; rationell ist hier auch die örtliche Applikation hämostatischer Mittel z. B. 1—2 ccm $^1/_{1000}$ Adrenalin. Die „e vacuo" Blutungen der Prostatiker bei Retentio chronica incompleta magna cum distentione werden verhütet, indem man in solchen Fällen den meist $^1/_2$, 1 ja 2 Liter betragenden Harnteich nicht auf einmal abläßt, sondern nur Tag für Tag verkleinert. Therapeutisch wirksam sind starke Höllensteinlösungen bis $^1/_{500}$ an Stelle des abgelassenen Harnes eingespritzt. Bei den weitaus häufigsten Blutungen der Prostatiker durch Katheterverletzung kommt es darauf an, um die Blase nicht seltener, sondern öfter als vorher zu entleeren und die Blase sowohl wie den Harn wirksam zu desinfizieren. Nur bei schweren Hämaturien, besonders bei bereits eingetretener Infektion wird man einen Verweilkatheter einlegen oder sogar die Blutung an der freigelegten Prostata örtlich stillen müssen. Die Therapie der Blutung bei chronischer Cystitis und Calculosis fällt zusammen mit der Therapie dieser beiden Leiden.

Amende-Bamberg.

54) **Les méfaits des artifices de la fécondation,** par Féré. (Annales d. malad. d. org. genit.-urin. 1906. Nr. 11.)

Die Geburt eines epileptischen Kindes von ganz gesunden Eltern, des ersten nach 25jähriger steriler Ehe, dient Verf. als Stütze seiner Ansicht von dem schädlichen Einfluß von „Befruchtungskunststücken" auf die Erzeugnisse solchen Verkehrs; die Eltern hatten nämlich, nach vieljähriger Pause, in der Absicht, eine Erbschaft durch ein Kind zu erlangen, und mit dem Behelf, in anderen Positionen zu kohabitieren, endlich Erfolg gehabt.

Goldberg-Cöln/Wildungen.

III. Therapeutische Notizen.

Lues:

1)
Rez. Hydrarg. bijodat. 0,1
Kalii jodati 10,0
Syrup. cort. Auraut. 300,0
S. 2mal tgl. 1 Eßlöffel.
(Pinard, La clinique. 1906. 4. Mai.)

J.

Pasta zinci sulfurata:

2)
Rez. Zinci oxydati 14,0
Sulfur. praec. 10,0
Terrae siliceae 4,0
Ol. benzoat. 12,0
Adip. benzoat. 60,0
M. f. pasta.
(Unna, Med. Klinik. 1906. Heft 40.)

J.

Subkutane Chinininjektionen:

3)
Rez. Chinin. hydrochl. neutr. 1,0
Antipyrin 0,5
Aq. dest. sterilis 6,0
(Spire, Ärztliche Rundschau. 1906.)

J.

IV. Vereinsberichte.

Berliner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 8. Januar 1907.

Ledermann stellt einen Patienten mit Lichen ruber der Mundschleimhaut und Zunge vor ohne Beteiligung der Haut, der auf Arsengebrauch nur sehr unvollkommen reagiert.

Pinkus demonstriert einen Fall von Skleroderma adultorum; der Patient zeigt eine Versteifung der Haut an der Brust, den Seiten, dem Rücken, Oberarmen, außerdem eine scharf abgegrenzte atrophische Partie am rechten Oberschenkel. Das Leiden entwickelt sich gewöhnlich im Anschluß an eine Infektionskrankheit, und zwar sehr schnell. Mikroskopisch fand Vortr. an einem exzidierten Stück Anhäufung von Mastzellen um die Gefäße der Cutis und Pigmentablagerung in der Haut, keine Abnahme des elastischen Gewebes und auch sonst keine nennenswerten Veränderungen; die Schweißsekretion ist an den affizierten Stellen geringer als an den normalen. Eine bestimmte Abgrenzung dieser Affektion gegen Sklerodermie einerseits und Atrophia cutis idiopathica ist zurzeit noch nicht möglich. Therapeutisch haben Thiosinamineinspritzungen wesentliche Besserung herbeigeführt.

In der Diskussion neigt Rosenthal zu der Ansicht, daß das Leiden ein Vorstadium der Sklerodermie darstellt, während Heller wichtige Symptome dieser, wie Entzündung, gelbe Farbe usw. vermißt.

Arndt zeigt 1) einen Patienten mit einer seltenen Lokalisation des Lichen ruber verrucosus am behaarten Kopfe;

2) einen Patienten mit Lues, bei welchen während einer Spritzkur typische Lichen planus-Knötchen am Penis, Skrotum und Oberschenkel auftraten;

3) eine erythematöse Hautaffektion, die in flüchtig auftretenden und allmählich wieder verschwindenden Plaques mit cirkumskripten wallartigen Erhebungen besteht; die Affektion juckt stark, ist fast über den ganzen Körper verbreitet und besteht seit etwa $1^1/_2$ Jahren; obwohl Bläschen bisher nicht nachweisbar waren, möchte Vortr. Dermatitis herpetiformis annehmen, während Heller eher an Urticaria, Wechselmann an Erythema perstans denkt;

4) einen Luetiker mit multipler strangförmiger Phlebitis, die besonders auch am Plexus pampiniformis lokalisiert ist.

Heller demonstriert einen Patienten mit Tuberculosis verrucosa cutis, die einen großen Teil der Glutäalgegend einnahm und durch Röntgen-Bestrahlung bis auf Reste an der Peripherie zur Heilung gebracht ist.

Heller erörtert die Frage, ob Lichen ruber eine Unfallfolge sein kann, unter Mitteilung eines einschlägigen Falles: bei dem Patienten war 6 Wochen, nachdem er eine unbedeutende Verletzung an der Hand erlitten hatte, die glatt geheilt war, auf der Narbe und an anderen Körperstellen Lichen ruber aufgetreten; der betreffende forderte Unfallentschädigung. Vortr. verhielt sich in seinem Gutachten sehr skeptisch bezüglich des Zusammenhanges von Unfall und Dermatose; die von manchen Seiten beschuldigten ätiologischen Momente, Läsion des Centralnervensystems, Infektion, kämen hier nicht in Betracht, seien auch als solche nicht bewiesen; nach unserem bisherigen Wissen könne man nicht sagen, daß Lichen ruber eine Unfallfolge sein kann.

In der Diskussion werden eine Anzahl Fälle von Lichen ruber und Psoriasis, die im Anschluß an eine Läsion der Haut oder des Nervensystems entstanden sein sollen, erwähnt.

Sitzung vom 12. Februar 1907.

Kromayer demonstriert die verschiedenen Modelle der Quecksilber-Quarzlampe von den ersten Versuchen bis zu der Form, in welcher sie jetzt von der Quarzlampen-Gesellschaft hergestellt wird und in welcher sie Vortr. nach seinen umfangreichen Erfahrungen als billiger Ersatz des Finsen-Lichtes für die dermatologische Praxis empfehlen zu können glaubt. Die Lampe besteht aus einem Uförmig gebogenen Rohr mit Quarz, an dessen beiden Enden sich Hg befindet; das Rohr wird von einem mit einem Quarzfenster versehenen Gehäuse umschlossen, in dem zur Kühlung der Lampe ein Wasserstrom cirkuliert. Die Zündung erfolgt durch einfaches Kippen der Lampe. Das Quarz verträgt eine viel höhere Temperatur, als das Glas, ohne zu schmelzen, infolgedessen kann durch starken elektrischen Strom eine gewaltige Intensität des Lichtes erzielt werden, die bei gleicher Stromstärke das Finsen-Licht an Wirksamkeit für medizinische Zwecke übertrifft. Um die therapeutisch unwirksamen, lästigen Wärmestrahlen auszuschalten, wird das Spülwasser durch Methylenblau gefärbt; man kann die Lampe dann direkt auf die Haut aufsetzen, durch Anbringen an einem Stativ oder Suspension ihr jede Stellung geben, auch durch Kompression eine gewisse Blutleere hervorrufen, einen Effekt, den Vortr. außerdem an den Extremitäten durch Esmarchsche Binden, im Gesicht durch Injektion von Suprarenin zu erreichen versucht.

In der Diskussion meint Schulz, daß die Lampe infolge zu großen Reichtums von äußeren ultravioletten Strahlen sehr starke Hautreizungen hervorrufen könne; diese Strahlen müßten beseitigt werden, wobei es sich

frage, ob dann noch genug wirksame übrig blieben, was Kromayer nach seinen Untersuchungen mit Chromsilberpapier bejahen zu können glaubt.

Ledermann stellt zwei Patienten mit Ulcus specificum am Daumen vor.

Holländer demonstriert eine sogen. Lepraschau, d. i. einen alten Druck vom Jahre 1623, auf welchem die Leprösen zusammenberufen werden; ferner die Photographie eines Leprazettels aus Haarlem mit Siegel vom Jahre 1605; ferner mehrere Präparate von seltenen Tumoren: ein primäres reines Rundzellensarkom der Haut über dem Schulterblatt, ohne Pigment und ohne Metastasen; eine Geschwulst vom Gesäß eines 54jährigen Mannes, die vom Vortr. als cirkumskripte subkutane Elephantiasis bezeichnet wird, während von anderer Seite auf die Möglichkeit eines Naevus hingewiesen wird; ein Karzinom von der Lippe eines 13jährigen Mädchens, entstanden auf der Basis von Xeroderma pigmentosum; ferner 2 Fälle von syphilitischen Tumoren am Ellenbogen-, bzw. Kniegelenk.

Arndt zeigt einen bereits in der vorigen Sitzung vorgestellten Patienten mit Lichen ruber verrucosus der behaarten Kopfhaut, nebst den dazugehörigen mikroskopischen Präparaten: man sieht das stark verdickte Epithel mit sehr viel eingewanderten Leukozyten, besonders an den Follikeln und Schweißdrüsenausführungsgängen, darunter starke Infiltrate mit Plasma- und Mastzellen, Horncysten usw.; ferner einen Patienten mit Erythromelie an den oberen Extremitäten, die seit $1^1/_2$ Jahren besteht.

Photinos demonstriert sehr interessante und schöne Kulturen von Trichophytenpilzen von Mensch, Pferd, Katze und Hund.

Paul Cohn-Berlin.

V. Vermischtes.

— Der erste Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Urologie findet in Wien vom 2.—5. Oktober 1907 statt. Als Hauptthemen werden in Diskussion gezogen: 1) Diagnostik und Therapie der Nierentumoren, 2) Diagnostik und Therapie der Nephrolithiasis, 3) die Albuminurie. Näheres zu erfahren durch Dr. Kapsammer, Wien IX, Maria Theresienstraße 3. J.

— Es gehört jedenfalls zu den Seltenheiten, muß aber unsere volle Beachtung verdienen, daß Krölls (Inaug.-Dissert. Rostock) in einigen von ihm selbst in Rostock unter Wolters Leitung genau beobachteten, sowie in der Literatur mitgeteilten Fällen Hautausschläge nach dem Gebrauche von Tannin beobachten konnte. Darnach müssen wir festhalten, daß nach Anwendung von Tannin oder tanninhaltigen Substanzen (Captol) auf Haut oder Schleimhaut Exantheme auftreten können, die mit gleichzeitigen allgemeinen Vergiftungserscheinungen sich vergesellschaften können. Diese Hautausschläge treten unter der Form von Masern oder frieselartigen Eruptionen auf oder zeigen den Charakter von urtikariellen Eruptionen, während am Orte der Einwirkung des Medikamentes heftige Reizerscheinungen festgestellt wurden. J.

Um Einsendung von Separatabzügen und neuen Erscheinungen an den Herausgeber Dr. Max Joseph in Berlin W., Genthiner Strasse 5, wird gebeten.

Verlag von Veit & Comp. in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

DERMATOLOGISCHES CENTRALBLATT.

INTERNATIONALE RUNDSCHAU

AUF DEM GEBIETE DER HAUT- UND GESCHLECHTSKRANKHEITEN.

HERAUSGEGEBEN
VON

DR. MAX JOSEPH

Zehnter IN BERLIN. **Jahrgang.**

Monatlich erscheint eine Nummer. Preis des Jahrganges 12 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie direkt von der Verlagsbuchhandlung VEIT & COMP. in Leipzig.

1907. **April.** **Nr. 7.**

I. Originalmitteilungen.

[Aus Dr. Max Josephs Poliklinik für Hautkrankheiten in Berlin.]

Zur Kenntnis der systematisierten Naevi (Naevi lineares).

Von Prof. **Bernhard Solger** in Neiße.

Im Laufe der letzten Wintermonate konnte ich in der Poliklinik des Herrn Dr. Max Joseph einen typischen Fall von systematisiertem Naevus beobachten, der mir der Beschreibung wert zu sein scheint.

Der Tischler A. Sch., etwa 32 Jahre alt, von kräftiger Konstitution, zeigt in seiner rechten Hals- und Nackenregion, sowie in der rechten Brust- und Rückenhälfte einen ausgedehnten, typischen, systematisierten Naevus, der angeblich bald nach seiner Geburt hervortrat. Im Alter von etwa 17 Jahren ließ sich Patient in einem Krankenhause die Exkrescenzen in Narkose entfernen, weil sie ihn beim Arbeiten sehr merklich belästigt hatten. Langsam, aber stetig hoben sie sich mittlerweile allmählich wieder über das Niveau der umgebenden, gesunden Haut empor und präsentierten sich, als Patient nach vorübergehender anderweitiger Behandlung, durch die das Bild nur wenig modifiziert worden war, in der Josephschen Poliklinik sich vorstellte, in folgender Ausdehnung und Anordnung:

I. In der Regio colli et thoracis anterior als ein dreieckiges Feld warziger Exkrescenzen von der Größe eines Stecknadelkopfes bis zu der einer Linse,

die vielfach dunkler gefärbt sind als die umgebende normale Haut. Die Basis dieses Dreieckes steht senkrecht, seine Spitze fällt mit dem sternalen Ende der Clavicula zusammen; es erstreckt sich etwa von der 3. Rippe nach aufwärts in das Gebiet des seitlichen Halsdreieckes ungefähr bis zur Grenze des mittleren und unteren Drittels des hinteren Randes des M. sternocleidomastoideus; hier setzt sich das Gebiet der Exkrescenzen in Form einer nach hinten sich verbreiternden Spange in transversalem, also horizontalem Zuge dorsalwärts fort.

II. In der Regio nuchae et dorsi fallen sofort drei unter sich etwa parallele Züge von Wucherungen auf, die an der Mittellinie oder in einiger Entfernung davon beginnend, in einem Winkel von etwa 30°, also ziemlich steil schief und zugleich lateralwärts ungefähr bis zur Höhe der Crista scapulae emporsteigen. Die am meisten lateral gelegene Gruppe setzt sich dann, in stumpfem Winkel umbiegend, in einen linearen Zug fort, der längs des Caput later. tricip. etwa Handbreit bis oberhalb des Ellbogengelenkes zu verfolgen ist. Ein 4. Zug beginnt ungefähr in der Gegend des Dorns des zweiten Dorsalwirbels und geht nach aufwärts in eine Gruppe über, die den mittleren Teil des Nackens einnimmt.

Einige der geschilderten Wucherungen waren schon, bevor Patient sich in der Poliklinik vorstellte, teils auf blutigem Wege (Nackengegend), teils durch Ätzmittel, wie die in der Regio supraspinata noch vorhandenen Schorfe bekundeten, entfernt worden. Da Patient, namentlich dann, wenn er bei der Arbeit in Schweiß gerät, durch die Wucherungen ziemlich stark belästigt wird, bat er darum, auf die eine oder andere Weise wo möglich davon befreit zu werden. Weil nun aber die Abtragung in Narkose aus äußeren Gründen nicht durchführbar erschien, mußte ich mich darauf beschränken, die größten, meist etwas gestielten Exkrescenzen mit der Scheere, die flacheren, zu linearen Zügen vereinigten aber nach vorheriger lokaler Anästhesierung, so gut es ging, teils mit einem schmalen, zweischneidigen Messer, teils mit dem scharfen Löffel in mehreren Sitzungen abzutragen. Die blutenden Flächen wurden sofort mit einem Ätzmittel, meist Trichloressigsäure, manchmal auch Chromsäurelösung (10%) bestrichen. Der Vollständigkeit halber sei noch bemerkt, daß einige Versuche, durch Röntgen-Strahlen (Abstand 25 cm, Äqu.-Funkenlänge 5, Amp. 3, Milliamp. 5, Zeit 10 Min.) auf die Wucherungen einzuwirken, erfolglos geblieben waren. Nach etwa 4wöchentlicher Behandlung konnte Patient, der mit der Besserung seines Zustandes zunächst ganz zufrieden war, entlassen werden.

Etwa 6 Wochen später sah ich den Kranken wieder. Die Narben waren an ihrer glatten rötlichen Oberfläche und Färbung deutlich zu erkennen, Patient klagte aber neuerdings wieder über Jucken, das ihn besonders bei der Arbeit störe. Freilich mußte ja etwas mehr als die Hälfte der Exkrescenzen, nämlich die nur wenig prominierenden, zurückgelassen werden. Auch diejenigen Partien, die ich nur stichelte und dann ätzte,

waren, wie es schien, durch diese Eingriffe ganz unbeeinflußt geblieben.

Von den von mir abgetragenen warzigen Wucherungen wurden mehrere mikroskopisch untersucht, und zwar ergaben die der Halsgegend enstammenden Stückchen, die in Pikrinessigsäure fixiert und mit Orths Lithionkarmin durchgefärbt worden waren, die instruktivsten Bilder. Schnitte von diesem Paraffinblock, die sich auch noch nachträglich mit Orcein färben ließen, liegen der folgenden Beschreibung zugrunde. Bei der unregelmäßig zerklüfteten Oberfläche der ausgeschnittenen Hautpartien konnte natürlich von einer gleichmäßigen Orientierung des Messers zur Hautoberfläche keine Rede sein. Man trifft daher in einem und demselben Schnitt eine Fülle von Bildern nebeneinander, nicht nur rein senkrechte Schnitte, sondern auch Flächen- und Schiefschnitte nach den verschiedensten Richtungen. Um nun durch solche oft schwer zu deutende Einzelbilder nicht getäuscht zu werden, war ich von vornherein darauf bedacht, jeden Objektträger nur mit Schnittserien (von 8—15 Schnitten) zu belegen. Der folgenden Schilderung sind wegen der größeren Leichtigkeit, die Bilder zu deuten, Schnitte senkrecht zur Oberfläche zugrunde gelegt. An Stellen, an denen die der Außenwelt zugewandten Grenzflächen der Oberhaut und der Lederhaut einander parallel verlaufen, besteht die Keimschicht aus 8—12 Lagen kernhaltiger Zellen, deren tiefste Schicht (Cylinderzellen) ziemlich stark braungelb oder braun pigmentiert erscheint, was ja schon nach dem makroskopischen Aussehen zu erwarten war. Diese Pigmentierung ist in zweifacher Hinsicht bemerkenswert: Einmal deshalb, weil Patient von hellblondem Typus ist, dem auch das Kolorit der normalen Haut entspricht, und sodann deshalb, weil diese Farbstoffablagerung uns ein Mittel an die Hand gibt, durch welches anscheinend frei im Corium liegende, in Wirklichkeit aber, wie die Verfolgung der Schnittreihe ergibt, mit der Keimschicht in ununterbrochenem Zusammenhang stehende Zellhaufen epithelialer Natur schon von vornherein ihre Herkunft erkennen lassen. Stellenweise ist die Stachelschicht mit ihren Intercellularlücken und -Brücken gut ausgeprägt, ein Stratum granulosum nur andeutungsweise vorhanden. Das meist nicht sehr hohe Stratum corneum erscheint parallel gestreift oder bei mehr aufgelockertem Zustand seiner Elemente wie von spindelförmigen Maschen durchsetzt. Von Haaren oder drüsigen Organen ist nichts zu entdecken, wohl aber zeigt sich statt ihrer ein Verhalten der Keimschicht, das auf den ersten Blick an embryonale Zustände erinnert, nämlich eine große Anzahl manchmal nahe bei einander stehender, kürzerer oder längerer, zapfenförmiger Verlängerungen der Keimschicht, gleichsam als hätten sich die Anlagen von Drüsen oder Haaren erhalten. Verfolgt

man aber die Schnittreihen aufmerksam weiter, so wird man bald diese Anschauung fallen lassen, denn es zeigt sich, daß benachbarte Zapfen durch allmählich an Breite zunehmende Zellstränge sich miteinander in Verbindung setzen, bis sie schließlich zu einer einheitlichen Epithelplatte zusammenfließen. Mit anderen Worten: Es ist die Keimschicht, die wegen der unregelmäßigen Oberflächengestaltung im Schief- und schließlich im Flächenschnitt uns entgegentritt. Im Corium finden sich neben den fixen Bindegewebszellen sehr weite Saftlücken und ebenfalls sehr geräumige Lymphgefäße, die hie und da mit einem feinkörnigen, in Karmin färbbarem Gerinnsel erfüllt sind. Außer den unregelmäßig angeordneten, fixen Bindegewebszellen zeigen sich manchmal längliche Zellgruppen, die, wie der Vergleich mit Querschnitten lehrt, entweder auf Blutgefäße im Anschnitt oder auf Anhäufungen von Rundzellen in der Umgebung derselben zu beziehen sind. Die Versorgung des Coriums mit elastischen Fasern ist, wie Orceinfärbung ergab, bis in die oberste Schicht eine ziemlich reichliche, weicht aber vom normalen Verhalten in keiner Weise ab

Schon bei Aufnahme des Befundes konnte kein Zweifel über die Wahl der Bezeichnung der in Rede stehenden Affektion bestehen, man mußte den Terminus: „Systematisierter Naevus“ vor anderen Namen, wie Naevus linearis verrucosus u. dgl. den Vorzug geben, denn auch hier waren „flächenhafte und lineäre Naevi“ bei einem und demselben Individuum vertreten.[1] Weiterhin stimmte die Anordnung am Rücken gut mit dem System von Linien überein, das Blaschko auf Grund der bisher vorliegenden Beobachtungen solcher Naevi graphisch fixieren konnte,[2] und wie es im Einzelnen wirklich beobachtet wurde.[3] Die Anordnung auf der Brust dagegen hatte in unserem Falle mit der mehr flächenhaften Ausbreitung, wie sie auf Taf. X, Figg. 7 und 8a dargestellt ist, manche Züge gemeinsam.

Bezüglich des Verlaufes und des mikroskopischen Befundes schließt sich unser Fall, soweit meine literarischen Notizen reichen, wenigstens bezüglich der Pigmentierung an den von Ransom untersuchten Naevus an. Die Affektion, die übrigens keineswegs, wie man aus der Überschrift dieser Arbeit entnehmen könnte, eine streng halbseitige war, zeigte sich hier 6 Monate nach der Geburt und hatte seit dem 18. Lebensjahre etwa ihre größte Ausdehnung erreicht. Am besten gelang bei dem mittlerweile

---

[1] M. Joseph, Gutartige Neubildungen der Haut. Mraček, Handbuch der Hautkrankheiten. Wien 1894. S. 551.

[2] Blaschko, Die Nervenverteilung in der Haut in ihrer Beziehung zu den Erkrankungen der Haut. Beilage zu den Verhandlungen der Deutschen dermatolog. Gesellschaft, VII. Kongreß zu Breslau im Mai 1901. Wien u. Leipzig 1901. Taf. XXI, Figur 1.

[3] s. Taf. XI, Figg. 7a u. 8b, l. c.

ungefähr 20 Jahre alt gewordenen Mädchen die Entfernung mit der Scheere. Mikroskopische Schnitte durch die so erhaltenen Hautstückchen zeigten folgendes: Alle Schichten der unregelmäßig entwickelten Epidermis sind hypertrophiert. Die Basalschicht ist tief pigmentiert, aber auch das Bindegewebe des Corium zeigt eine leicht bräunliche Färbung.

Treten wir nun dem Versuch näher, den oben erhobenen Befund unseres Falles morphologisch zu erklären, so wird es sich empfehlen, die ventrale Lokalisation des Naevus einstweilen bei Seite zu lassen. Sie fügt sich mit ihrem flächenhaften Charakter weder der Bärensprungschen Anschauung, noch läßt sie Beziehungen zu den Voigtschen Grenzlinien erkennen. Sie scheint aber auf den ersten Blick ebensowenig irgend eine Anknüpfung an ontogenetische Tatsachen zu gestatten. Weit günstiger liegen in dieser Hinsicht die Chancen für eine Erklärung auf dem dorsalen Gebiet, wir brauchen nur dem Weg zu folgen, den uns, auf Beobachtungen und Schlußfolgerungen J. Kollmanns gestützt, Blaschko wies, doch sei ausdrücklich hervorgehoben, daß schon vor ihm Pečirka (1893) und später, aber unabhängig von ihm Brissaud (1899), die „Prädilektion" dieser Naevi für gewisse Linien gleichfalls auf Entwicklungsstörungen zurückgeführt hatten, welche „mit der Bildung bzw. Verschmelzung der Hautmetameren einhergehen".

Es ist hier nicht der Ort, die Anschauungen dieser Autoren, die im einzelnen mehrfach voneinander abweichen oder, wie Blaschko, eine frühere Auffassung modifizierten, ausführlicher zu besprechen. Ich lasse vielmehr sofort die oben erwähnte Auseinandersetzung von Kollmann[1] folgen, sie lautet: „Die Tatsache, daß die äußere Lamelle der Myotome gleichzeitig Cutisgewebe liefert, drängt zu dem Schlusse, daß die Lederhaut segmental gebaut ist, wie das Myotom. Denn wenn es, wie ja richtig, ebenso viele Sklerotome als Myotome gibt, so muß es, weil jedes Myotom ein entsprechendes Stück Cutis liefert, auch ebenso viele gegliederte Zonen der Lederhaut geben, die man vielleicht als Dermatome bezeichnen kann." Blaschko bezeichnet daher die linearen Naevi als „metamerale, den einzelnen Dermatomen oder wahrscheinlicher den einzelnen Dermatomgrenzen entsprechende Ausschnitte" aus dem Liniensystem des Rete Malpighi bzw. der Cutispapillen.[2] Unabhängig von Blaschko, der die später von ihm vertretene Anschauung in seinem auf dem Breslauer Dermatologen-Kongreß 1891 erstatteten Referat niederlegte, war ein Schüler Ehrmanns, Okamura, auf Grund der Untersuchungen von Rabl und Hatschek dazu gelangt, die Anordnung der linearen Naevi von den metameren, mit der Zeit unter dem Ektoderm ventralwärts vor-

---

[1] Archiv f. Anatomie u. Physiologie. 1891. Anat. Abt. S. 51.

[2] L. c. S. 21.

wachsenden Cutisplatten abzuleiten.[1] Dabei näherte sich aber Okamura in gewissem Sinne der früheren Anschauung Blaschkos, obwohl er sie bekämpft; insofern, als auch er auf den innigen Zusammenhang der beiden Substrate der Haut, Epidermis und Cutis, hinweist, so daß irgend eine Störung im Mesoderm während der Entwicklungsperiode sich auch dem Ektoderm mitteilen und anormale Entwicklung bzw. Hypertrophie zur Folge haben wird.[2] Gerhardt hatte ja geradezu die Naevi linearis zur Gruppe der Papillome gestellt, Kopp auf „die nie fehlende Hypertrophie des Bindegewebes", Okamura selbst auf die Hypertrophie der Papillen des Ektoderms hingewiesen. Auch in unserem Falle stellte sich die Oberflächengeschwulst als ein Komplex langgestreckter, mit sekundären Warzen verschiedener Größe besetzter Wülste dar.

Die schematische Figur 1 soll auf dem parallel zur Längsachse des Körpers und senkrecht zur Grenze zweier benachbarter Dermatome geführt gedachten Schnitt das Ausbleiben der Verschmelzung illustrieren,

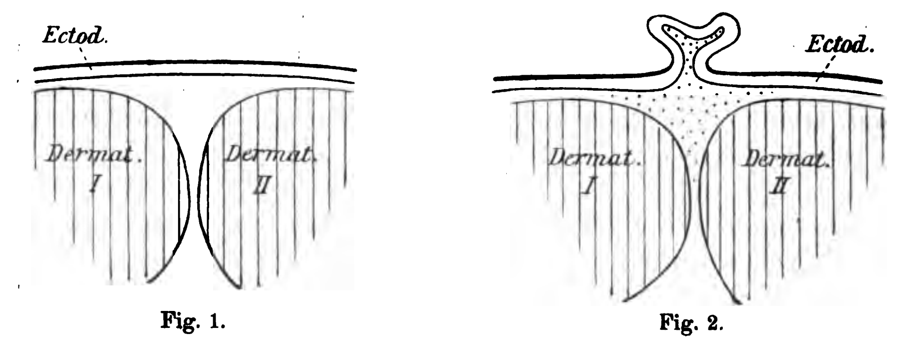


Fig. 1. Fig. 2.

während in Figur 2 eine sekundäre Ausfüllung der entstandenen Spalte durch Bindegewebe und im Anschluß daran eine Wucherung desselben und des bedeckenden Ektoderms (Epidermis), die freilich häufig erst nach der Geburt einsetzt, versinnlicht ist. Diese Bindegewebseinschaltung wird ebenso wie das axiale Blastem der Extremitäten von dem Mesenchym der Parietalzone abzuleiten sein.

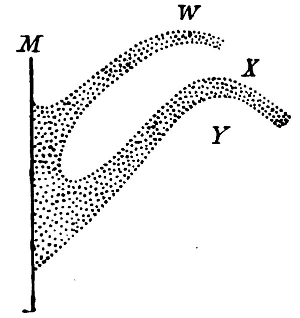


Fig. 3 (frei nach Okamura).

Weiterhin sind noch die eigentümlichen Verbreiterungen der Naevi im Bereich der ventralen Mittellinie (wie z. B. in dem ersten der von Okamura beschriebenen Fälle) zu erörtern. Der mittlere helle Streifen in dem frei nach Okamura (Taf. XIX, Fig. 1) entworfenen Schema (Fig. 3 *X*) soll das ven-

[1] Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. LVI. Heft 3.

[2] L. c. S. 13 des Separatabdruckes.

trale Ende einer thorakalen Cutisspalte darstellen, deren Vereinigung mit dem gleichwertigen vorhergehenden und nachfolgenden Gebilde ausblieb. Das punktierte Gebiet, das zwei von einer gemeinsamen, der Medianebene aufsitzenden Basis ausgehende, hackenförmig gebogene Fortsätze (*W* und *Y*) umfaßt, entspricht also den Ektodermbezirken, denen zurzeit noch Mesodermunterlagen fehlen, und die später der Sitz des Naevus werden. Auch das Zustandekommen von Naevusinseln in der Nähe solcher Partien wird man sich leicht vorstellen können; sie sind darauf zurückzuführen, daß das Vorwachsen, bzw. die seitliche Ausdehnung der Cutisplatte vorübergehend an umschriebener Stelle ausblieb, um später wieder einzusetzen.

Mit einigen Worten über die am Kopf vorkommenden Naevi und ihre Entstehungsweise will ich schließen. Bei niederen Wirbeltieren und unter den Amnioten bei Reptilien und Schwimmvögeln konnte man 9 bzw. 5 Kopfsomiten (Urwirbel) nachweisen, bei Säugetieren und beim Menschen — ich stütze mich hierbei auf die in Kollmanns Lehrbuch der Entwickelungsgeschichte (1898) niedergelegten Daten — bis jetzt noch keine. Nun wurde aber der Naevus linearis auch am menschlichen Kopfe beobachtet.[1] Solche Oberflächengeschwülste können daher entweder auch unabhängig von den Urwirbeln entstehen oder sie stellen, was sehr bedeutsam wäre, schwache Spuren einer auch dem Kopfe zukommenden, der Rumpfsegmentierung gleichwertigen Gliederung dar, die, längst verwischt, nur noch unter pathologischen Verhältnissen hervortreten würde.

Schließlich erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Dr. M. Joseph für die Anregung zu dieser kleinen Arbeit und für die liberale Darbietung literarischer Hilfsmittel meinen herzlichsten Dank auszusprechen. Die Schnittreihen fertigte ich während eines Studienaufenthaltes in Wien an und zwar im Laboratorium des Herrn Prof. Ehrmann, dem ich für die mir gewährte gastfreundliche Aufnahme an dieser Stelle gleichfalls bestens zu danken mich gedrungen fühle.

II. Referate.

Allgemeine Pathologie und Therapie.

1) **Die Bildung der elastischen Faser**, von S. Fuss. (Virchows Archiv. CLXXXV. 1906.)

Verf., der schon bei Gelegenheit seiner Arbeit über den Lidspaltenfleck auf eine elastoide Degeneration des Bindegewebes aufmerksam geworden war, untersuchte die Entwicklung der elastischen Fasern in embryonalen Organen (Eihäuten, den hierzu geeignetsten Objekten, Nackenband, Lungen). Als

[1] Vgl. z. B. den von Blaschko zitierten Fall von Pott, Jahrb. d. Kinderheilkunde. 1882.

Fixierungsflüssigkeiten empfehlen sich am meisten Aceton, Alkohol, Sublimat, dagegen erweist sich die Osmiumsäure als nicht vorteilhaft. Als Färbemittel zieht Verf. das Resorcinfuchsin (elastische Fasern blau) dem Orcëin vor. Verf. gelangt zu folgenden Ergebnissen: Eine körnige Vorstufe der elastischen Faser gibt es nicht. Die Zellen haben an der Bildung der elastischen Fasern keinen unmittelbaren Anteil. Die elastische Faser entwickelt sich aus einer Fibrille, die ihrem chemischen Verhalten nach als identisch mit der Bindegewebsfibrille anzusehen ist. Bernh. Solger-Neisse.

2) **Bericht über die Tätigkeit der an die chirurgische Poliklinik angeschlossenen Poliklinik für Harnkranke während des ersten Jahres ihres Bestehens in der Zeit vom 1. Juni 1905 bis 31. Mai 1906,** von C. Adrian. (Straßburger med. Zeitschrift. 1906.)

Einer kurzen Übersicht über die Frequenz und die beobachteten Krankheitsbilder läßt Verf. eine kurz gehaltene aber scharf charakterisierende Beschreibung einiger der wichtigsten urogenitalen Krankheitstypen folgen, unter denen die Tuberkulose mit 12 % der Fälle den weitesten Raum einnimmt, wobei auf den jetzt fast allgemein angenommenen primären Sitz in der Niere und insbesondere auf die Wichtigkeit der Frühdiagnose derselben hingewiesen wird. Kraus-Dortmund.

3) **Über Radiotherapie der Haarerkrankungen,** von Robert Kienböck. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. LXXXIII. S. 77.)

Verf. berichtet über seine Erfahrungen mit der Radiotherapie bzw. Radioepilation bei Hypertrichosis, Alopecia areata und Favus. Bei der Hypertrichosis, es handelt sich meist um den Bartwuchs des Weibes, trat auf die Röntgen-Behandlung unter 15 Fällen achtmal entstellende Röntgen-Atrophie, zweimal Cyanose, fünfmal einfache Kahlheit, ohne nennenswerte Nebenerscheinungen, also in 33 % der beabsichtigte kosmetische Erfolg ein. Verf. glaubt, daß mit Verwendung der Dosimetrie die Erfolge besser werden, doch bleiben die Indikationen bei Hypertrichosis vorläufig noch beschränkte. Bei blondem, überhaupt nicht entstellendem Haarwuchs, besonders bei jungen Individuen, stehen Schwierigkeit und lange Dauer der Behandlung, sowie das Risiko heftigerer Entzündungen und entstellender Spätfolgen in keinem Verhältnis zur Bedeutung der Hypertrichosis; nur bei dichtem, schwarzem, entstellendem Bartwuchs darf Radioepilation vorgenommen werden, wobei aber auf die Wahrscheinlichkeit eintretender Teleangiektasien hinzuweisen ist. Bei Alopecia areata wurde in einem Teil der Fälle prompte Regeneration der Haare erzielt, andere verhielten sich absolut refraktär. Verf. erklärt dies nicht durch verschiedene Ätiologie, sondern durch das jeweilige Stadium der Affektion, indem die Röntgenstrahlen bei Neigung zu Regression Erfolg versprechen, bei Progression wirkungslos bleiben. In jedem hartnäckigen Fall von Area Celsi soll man es mit der Radiotherapie versuchen. Dagegen ist der Favus das dankbarste Objekt für die Radiotherapie. Die Heilung beruht auf gründlicher Abstoßung der Wurzelscheiden und Haare samt den Achorionpilzen, nicht etwa auf Abtötung der Pilze; es liegt die epilierende Dose weit unter der bakteriziden. V. Lion-Mannheim.

4) **Intoxikationserscheinungen nach Anwendung der Schwefelzinkpaste,** von E. Hesse. (Dermatolog. Zeitschrift. 1907. Februar.)

Es handelt sich um ein 2 Monate altes, mit einem Ekzem behaftetes, sonst gesundes Kind, das auf die Applikation von schwefelhaltigen Pasten mit Störungen des Allgemeinbefindens, Durchfall und Fieber reagierte. Er-

scheinungen, die als Intoxikationssymptome aufgeführt werden müssen. Nur so lange das Ekzem noch nicht abgeheilt war, traten diese Erscheinungen auf, und zwar mit der Besserung des Ekzems in geringerem Grade. Man geht also nicht fehl, wenn man hier eine Resorption des Schwefels, bzw. seiner Verbindungen, von der ekzematösen Haut aus annimmt. Immerwahr-Berlin.

5) **Jessners dermatologische Vorträge für Praktiker.** Heft 1: **Des Haarschwunds Ursachen und Behandlung.** (5. Aufl. 1906.) Heft 17: **Kosmetische Hautleiden.** (Würzburg 1907, Stuber.)

Es ist wohl die beste Anerkennung, deren sich Jessners Abhandlung über des Haarschwunds Ursachen und Behandlung erfreut, daß die kleine Broschüre bereits in fünfter Auflage erschienen ist. In kurzen prägnanten Zügen wird dem Praktiker das Wichtigste aus diesem Gebiet mitgeteilt. Neu hinzugekommen ist zu der Reihe der Dermatologischen Vorträge das 17. Heft. Dasselbe umfaßt die kosmetischen Hautleiden. Auch hier befleißigt sich der Verf. der gleichen Übersichtlichkeit der Anordnung wie in den früheren Heften. Ohne viele Umschweife werden in scharfen Umrissen die wichtigsten therapeutischen Maßnahmen bei den Naevi, Verrucae, den Pigmentanomalien usw. besprochen. Gewiß werden auch diese Hefte sich wieder viele Freunde erwerben. J.

6) **Über die Entwicklung des aristotelischen Begriffes der Tumores praeter naturam,** von Paul Richter. (Monatsh. f. prakt. Dermatologie. XXXXIV. 1907. Nr. 2.)

Unter Tumores praeter naturam werden in der alten Terminologie im allgemeinen solche äußere Erkrankungen verstanden, welche wir heute als Hautkrankheiten bezeichnen. Der Ursprung des genannten Ausdruckes findet sich bei Aristoteles in seiner Schrift „Problemata"; weiter kommt er bei Galen, Aëtius, Theophanus Nonnus und Actuarius vor, um einige Jahrhunderte später in der Medizin der Araber wieder aufzutauchen. Schourp-Danzig.

7) **Über die Bereitung von Bädern, Waschungen und Umschlägen mit der Emulsion von Oleum Cadinum und Anthrasol.** Zweite Mitteilung von V. Mibelli. (Monatsh. f. prakt. Dermatologie. XXXXIV. 1907. Nr. 1.)

Zur Herstellung einer guten Oleum Cadinum-Emulsion, die sich leicht und dauernd mit dem Wasser vermischt, muß man gesondert eine kaustische Natronlösung herstellen von einer Densität von 20° Baumé, in einem Gefäß für sich das Oleum Cadinum 67 g und Kolophonium 11,10 g vermischen, so daß das Kolophonium im Öl gelöst und mit demselben verschmolzen wird, und in der Mischung Oleum Cadinum-Kolophonium bei beständigem Umrühren 21,90 g Natronlauge zu 20° Baumé hinzufügen. Falls man statt des Oleum Cadinum Anthrasol gebrauchen will, ist die Dosis Kolophonium verhältnismäßig stark zu vermehren nach der Formel: Anthrasol 25 g, Kolophonium 10 g, Ätznatronlauge zu 26° Baumé etwa 4 g. Schourp-Danzig.

8) **Eine Vereinfachung der Hellerschen Ringprobe,** von Sachs. (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 2.)

Bringt man auf einen Objektträger, der auf dunklem Grunde liegt, einen Tropfen reiner Salpetersäure und nahe an ihn einen etwa ebenso großen Tropfen des zu untersuchenden Harns, so vereinigen sich die Tropfen, wobei sie sich über- bzw. unterschichten. Bei stärkerem Eiweißgehalt entsteht augenblicklich, bei schwachem in kurzer Zeit ein dichtweißer, grauer Schleier in der Halbkugel, der zumeist halbmondförmig sich über den Säuretropfen ausbreitet. Spuren bis zu 0,01 $^0/_{00}$ sind deutlich zu erkennen. Schourp-Danzig.

9) **Notiz über die Vereinfachung der Hellerschen Ringprobe,** von H. Senator. (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 4.)

Verf. hält die in Nr. 2 dieser Wochenschrift vorgeschlagene Eiweißprobe für den Harn wohl für eine Vereinfachung, aber nicht für eine Verbesserung der Hellerschen Probe. Die von Sachs empfohlene Art, die Salpetersäure mit Urin zusammenzubringen, macht die Unterscheidung einer auf Ausfällen von Uraten herrührenden von einer durch Eiweiß bedingten Trübung schwer oder gar nicht möglich. Schourp-Danzig.

10) **Beiträge zur Pigmentfrage. V. Über den Pigmentierungsvorgang bei der Regeneration der Epidermis nach der Finsen-Bestrahlung nebst Bemerkungen über Albinismus und Cutispigment,** von E. Meirowsky. (Monatsh. f. prakt. Dermatologie. XLIV. Nr. 3 u. 4.)

An der Pigmentierung bei der Regeneration der Epidermis nach der Finsen Bestrahlung wurden folgende Faktoren beteiligt gefunden: 1) Das Eindringen von pigmentierten Spindelzellen und pigmentfreien Leukocyten im Beginn der Regeneration; 2) der Übergang von Epithelzellen in Pigmentzellen mit langen Fortsätzen; 3) die Umwandlung von Nucleolarsubstanz in Pigment in den anderen Epithelzellen; 4) die Bildung von Pigmentfiguren aus Kernkörperchenmassen, die bis in den Lymphraum ausgewandert sind. Näheres ist in der Arbeit nachzulesen, die sich zu einem Referat schwer eignet. Ihr ist eine farbige Tafel mit 14 Figuren und ein Literaturverzeichnis von 75 Nummern beigegeben. Schourp-Danzig.

11) **Neue Verfahren zur Schnellfärbung von Mikroorganismen, insbesondere der Blutparasiten, Spirochäten, Gonokokken und Diphteriebazillen,** von F. Loeffler. (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 5.)

Zur Färbung der Rekurrensspirochäten und der Spirochaete pallida sind erforderlich: 1) dünnausgestrichene und mit Ätheralkohol gut fixierte Präparate; 2) 0,5 %ige Lösung von Malachitgrünkristalle-Chlorzinkdoppelsalz; 3) 0,5 %ige Lösung von Natrium arsenicosum; 4) 0,5 %ige Lösung von reinem Glyzerin; 5) Giemsalösung. Zur Schnellfärbung von Gonokokken und Diphteriebazillen empfielt Verf.: zu 4 Teilen Borax (2,5 %) -Methylenblau (1 %) wird ein Teil polychromen Methylenblaus nach Unna hinzugegeben und diese Mischung mit der gleichen Menge einer Lösung von 0,05 % Bromeosin B. extra oder extra A. G. (Hoechet) versetzt. Mit dieser Farblösung wird unter leichtem Erwärmen eine Minute gefärbt und alsdann das Präparat in eine Lösung von: Isopäolin 00 (konzentrierte wässerige Lösung) 5 Teile, Essigsäure 0,5, Wasser 100 eingetaucht. Schourp-Danzig.

12) **Untersuchungen über die Wirkung des Atoxyls auf Trypanosomen und Spirochäten,** von Uhlenhuth, Gross und Bickel. (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 4.)

Die Untersuchungen an Ratten, Kaninchen und Hühnern ergaben, daß das Atoxyl auf Trypanosoma equiperdum und die Spirochaete gallinarum eine spezifische Wirkung ausübt. Der Gedanke liegt nahe, daß es auch auf verschiedene andere Spirochäten eine ähnliche Wirkung wie auf die Spirochaete gellinarum entfaltet. Einschlägige Versuche sind im Gange. Schourp-Danzig.

13) **Bedeutung der Protargolsalbe für die Narbenbildung,** von Müller. (Berliner klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 11.)

Verf. teilt die im Original nachzulesenden Krankengeschichten zweier Fälle mit, und zwar einer Verbrennung durch kochendes Wasser bzw. konzentrierte Schwefelsäure. Beide wurden mit 5—10 %iger Protargolsalbe mit

bestem Erfolge hinsichtlich der Narbenbildung und der Kürze der Heilungsdauer behandelt. Besonderen Wert legt Verf. auf eine ordnungsmäßige Zubereitung der Salbe nach der Formel: Protargol 3,0; sol. in aq. det. frig. 5,0; misce c. Lanolin. anhydric. 12,0; adde Vasel. flav. 10,0.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

Entzündliche Dermatosen.

14) **Pityriasis rosea urticata,** von Hans Vörner. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. LXXXIII. 1907. S. 203.)

Verf. beobachtete einen Fall von Pityriasis rosea, der sich zu Beginn durch eine allgemeine, quaddelförmige Schwellung sämtlicher Efflorescenzen von der gewöhnlichen Pityriasis unterschied, daher „urticata". Am nächsten Tag hatte sich diese quaddelförmige zurückgebildet und die Affektion den gewöhnlichen Typus angenommen.

V. Lion-Mannheim.

15) **The differentation of the (socalled) seborrhoic conditions of the scalp** by Chipman. (California State Journal of Medicine. 1906. März.)

Das Studium der verschiedenen krankhaften Zustände der Kopfhaut führt den Verf. zu folgenden Thesen: 1) Trockene Abschuppung der Kopfhaut ist keine Seborrhoe, sondern ein scharf umgrenztes Leiden, für das Pityriasis der einzig richtige Name ist. 2) Der Name Seborrhoe sollte auf einen öligen Zustand beschränkt werden, der hauptsächlich durch Hypersekretion der Talgdrüsen charakterisiert ist. 3) Zwischen der reinen und einfachen trocknen Abschuppung und der öligen Seborrhoe ohne Schuppen liegt ein Zustand von öliger Abschuppung, der sicherlich mit Pityrasis, aber nicht notwendig mit Seborrhoe verwandt ist. Die Resultate der Behandlung bestätigen ihm diese Ansichten.

Th. Pulvermacher-Berlin.

16) **Un cas de collapsus grave au cours de l'ekzéma chez un nourrisson,** par Boulloche et Greuet. (Gaz. des hôpitaux. 1906. Nr. 72.)

Der Fall liefert eine Illustration zu der Frage der wechselseitigen Beziehungen zwischen den Affektionen der Haut und der inneren Organe. Ein Kind von 14 Monaten, das 9 Monate Brustnahrung erhalten, in guten hygienischen Verhältnissen aufgewachsen war und nie Digestionsstörungen gezeigt hatte, litt seit dem 1. Lebensmonat an pruriginösem Gesichtsekzem, das bis dahin nicht lokal behandelt war. Einige Tage, nachdem ohne ersichtliche Ursache eine Verschlimmerung des Ekzems aufgetreten war, hörte dasselbe plötzlich innerhalb weniger Stunden auf zu nässen und verschwand vollständig; nach einigen Stunden Temperatursteigerung bis 38,4, 2 mal Erbrechen, Abgeschlagenheit. Unter blander Diät und Kalomelverordnung trat, nachdem Stuhl erfolgt war, Besserung ein, dann erfolgte plötzlich Kollaps, ohne daß an den inneren Organen etwas zu finden war. Unter irritierender Behandlung mit Senfbädern usw. erholte sich das Kind allmählich, die Urinsekretion, die gestockt hatte, kam wieder in Gang, allmählich tritt das Ekzem wieder auf. In Deutschland wird für derartige Zustände eine Thymusvergrößerung oder auch allgemein ein Status lymphaticus von mancher Seite beschuldigt; nach Ansicht des Verf.s spricht der Fall zugunsten der alten französischen Theorie, daß Toxine, die sonst durch ekzematöse Pforten ausgeschieden werden, hier zurückgehalten sind und auf innere Organe deletär wirken können; man soll beim Ekzem der Säuglinge nicht zu aktiv vorgehen.

Paul Cohn-Berlin.

17) **Folliculitis (sycosis) sclerotisans,** von Fr. Samberger. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. LXXXIII. 1907. S. 163.)

Verf. beobachtete eine Affektion der Oberlippe bei einem 73jährigen Mann, die sich ursprünglich als nichtparasitäre Folliculitis (Sykosis) charakterisierte, nach 5jährigem Bestehen aber durch die Entwicklung von derben, an der Oberfläche glatten, rosaroten, glänzenden Tumoren auszeichnete. Diese Tumoren zeigten histologisch: Entzündung in den oberflächlichsten Cutisschichten, meist rings um die Haarbälge, und die Bildung eines aus dichtverfilzten Bindegewebsbündeln zusammengesetzten Tumors, der sich aus den unteren Partien der Cutis gegen die Hautoberfläche hervordrängt und in dessen Bereich die elastischen Fasern schwinden. Aus dem Vergleich dieser Affektion mit einem Fall von Akne- (Nacken) Keloid folgert Verf., daß auch die Lippenaffektion in den Rahmen jener Krankheit gehört, deren Lokalisation somit keineswegs die Nackengegend sein muß. Auch ätiologisch und pathologisch-anatomisch sind die unter den verschiedenen Namen Akne-, Nackenkeloid, Dermatitis papillaris capillitii, Folliculitis sclerot. nuchae beschriebenen Affektionen nicht identisch. Einmal kann eine mechanische Reizung die Ursache sein, ein anderes Mal eine Infektion verschiedener Mikroorganismen, bald handelt es sich um eine perifollikuläre, bald um eine nicht an die Follikel gebundene Entzündung; die Lokalisation kann im Nacken, kann auch an anderen Körperstellen sein. In allen diesen Fällen kann bei prädisponierten Personen die Bildung einer keloidartigen Geschwulst an der behafteten Stelle auftreten. Die Affektion ist also nicht unter die Follikulitiden oder die Akneformen einzureihen, sondern gehört zum echten Keloid oder steht diesem wenigstens sehr nahe.

V. Lion-Mannheim.

18) **Über einen mittels Uviolstrahlen behandelten Fall von Ichthyosis diffusa,** von Axmann. (Dermatolog. Zeitschrift. 1907. Februar.)

Der 17jährige Patient wurde in 35 Sitzungen, welche in immer größeren Zwischenräumen, zuletzt von 8—14 Tagen, manchmal durch Pausen von 4 Wochen unterbrochen, stattfanden geheilt. Die bei dem vorstehenden Krankheitsbild beschriebene Heilwirkung scheint dem Verf., wie bei anderen Hautleiden, auf einer Umstimmung des betreffenden Organes durch Überernährung im Leydenschen Sinne zu beruhen.

Immerwahr-Berlin.

19) **Zur Histologie des Lichen ruber verrucosus,** von E. Polano. (Dermatologische Zeitschrift. 1907. Februar.)

Bezüglich seiner Befunde bemerkt Verf., daß mehrere derselben schon von anderen Autoren hervorgehoben sind, daß seine Befunde dieselben teilweise bestätigen, teilweise damit im Widerspruch stehen, wie es bei der auf diesem Gebiete noch sehr geringen Übereinstimmung selbstverständlich ist. Anderseits ist eine systematisierte Lückenbildung im infiltrierten Corium, sowie auch speziell die mannigfach vorkommenden atypischen Karyokinesen in den Epithelzellen seines Wissens in der Literatur bis jetzt noch nicht angegeben worden.

Immerwahr-Berlin.

20) **Erythème circiné récidivant (dermatite herpétiforme, variété érythémateuse?),** par Bloch. (Annales de dermatolgie. 1907. Nr. 2.)

16jähriges Mädchen, das im 9. Lebensjahre eine ziemlich schwere Verbrennung der einen Hinterbacke erlitt. Einige Monate später fing die Narbe an zu jucken und an dieser Stelle traten die ersten Efflorescenzen auf. Seitdem hat sich die Krankheit in Schüben alle 2—3 Monate wiederholt, jede Eruption dauerte 5—10 Tage und war immer symmetrisch. Sie beginnt

mit einem Pruritus und dann erst erheben sich die Erythemplaques. Nach einigen Tagen beginnt die Eruption zurückzugehen und verschwindet schließlich ganz, um nach der angegebenen Zeit wieder aufzutreten. Die Behandlung war ohne Erfolg. Histologisch ergab sich nichts spezifisches; die Blutuntersuchung verlief negativ. Im Liquor cerebrospinalis fand sich während der Eruption eine beträchtliche Vermehrung der Leukocyten, ein ander Mal war der Befund negativ. Raff-Augsburg.

21) **Ein Beitrag zur Sycosisbehandlung,** von Max Berliner. (Therapeut. Monatshefte. 1907. Januar.)

In einem Falle schwerer Sycosis der Oberlippe infolge Hypersekretion der Nase sah Verf. guten Erfolg durch die Anwendung von 10%iger Jothionsalbe. Schourp-Danzig.

Cirkulationsstörungen der Haut.

22) **Über die plötzlich entstandene flüchtige Nasenröte und ihre sofortige Beseitigung durch Benzin,** von Franz Bruck. (Med. Klinik. 1907. Nr. 5.)

Die Anfälle von flüchtiger Nasenröte, deren Grund eine Erschlaffung der Hautgefäße bildet, werden augenblicklich zum Schwinden gebracht, indem die vom Erythem ergriffene Hautstelle einige Sekunden mit einem benzindurchtränkten Mullstückchen oder Lint bedeckt wird. Durch die Verdunstung des Benzins wird die Haut blaß und verliert ihren gefürchteten Glanz. Auch prophylaktisch wirkt Benzin gegen den Erythemanfall. Bei Mißerfolgen denke man zunächst daran, die Benzindosis zu steigern. Bei Schuppen- und Krustenbildung der Epidermis erfährt die Anwendung des Benzins allerdings eine Einschränkung. F. Biberstein-Gleiwitz.

23) **Hypothyroïdie et urticaire chronique,** par Lévi et Rothschild. (Gaz. des hôpitaux. 1906. Nr. 79.)

Auf Grund einer Anzahl von beobachteten Fällen nehmen die Verff. einen ätiologischen Zusammenhang zwischen Aplasie der Thyreoidea und Urticaria an; der letztbeobachtete Fall betraf ein junges Mädchen von 22 Jahren mit leichter Aplasie der Drüse, die an täglichen Anfällen von Urticaria, ferner an Amenorrhoe litt; unter Behandlung mit Thyreoidin nahm die Schilddrüse eine normale Beschaffenheit an, die Urticaria schwand allmählich. Es handelt sich jedenfalls um eine Autointoxikation mit Lokalisation in der Haut; auch das akute Ödem Quincke hat vielleicht diese Ätiologie. Bei Kindern mit Aplasie der Thyreoidea findet man häufig Prurigo. Paul Cohn-Berlin.

24) **Zur Ätiologie des Erythema nodosum,** von W. Hildebrandt. (Münchener med. Wochenschrift. 1907. Nr. 7.)

Zur Frage der symptomatischen Erytheme teilt Verf. einen Fall mit. Eine schon als Kind tuberkulöse 24 Jahre alte Köchin erkrankte akut an Angina und Stomatitis und 12 Tage darauf an Erythema nodosum. Auf der Höhe der Krankheit, zu einer Zeit, in welcher täglich noch neue Eruptionen auftraten, war eine positive Diazoreaktion vorhanden, außerdem gelang es durch intraperitoneale Injektion von Venenblut dieser Kranken bei 2 Meerschweinchen experimentelle Tuberkulose zu erzeugen, während die Untersuchung des Venenblutes auf andere Bakterien negativ ausfiel. In der Folgezeit traten — und das spricht dafür, daß der durch Tierversuch erbrachte Befund von Tuberkelbazillen im Venenblute kein zufälliger, etwa durch eine fehlerhafte Versuchsanordnung bedingter war — nacheinander eine rechts-

seitige, dann eine linksseitige Pleuritis und endlich eine Pericarditis auf, welche durch ihren Verlauf, zusammen mit Infiltration der rechten Lungenspitze, tuberkulöser Halsdrüse und der Anamnese als tuberkulöse Veränderungen charakterisiert wurden. Es kreisten also zu der Zeit, als das Erythema nodosum sich auf dem Höhepunkt befand, virulente Tuberkelbazillen im Blute. Verf. schließt, daß ein bei einem Tuberkulösen auftretendes Erythema nodosum nicht mit Tuberkulose in Zusammenhang zu stehen braucht, daß es aber sehr wohl möglich, wenn auch nicht erwiesen sei, daß auch durch Tuberkelbazillen eine von dem gewöhnlichen Erythema nodosum nicht zu unterscheidende Krankheitsform hervorgerufen werden kann.

G. Trautmann-München.

25) **Über nodöse Jodexantheme (Erythema nodosum ex usu kalii etc. jodati),** von Tomimatsu Schidachi. (Med. Klinik. 1907. Nr. 7.)

Unter den selteneren Arten der Jodexantheme ist die dem idiopathischen Erythema nodosum ähnlichste Form am wenigsten bekannt. Im Anschluß an fünf in der Jadassohnschen Klinik beobachtete Fälle verbreitet sich Verf. über Lokalisation, Größe, Aussehen, Entwicklung und Umwandlung der Knoten, über ihre Ähnlichkeit und ihre Unterschiede gegenüber dem idiopathischen Erythema nodosum. Der Gesamtverlauf hängt von der Fortsetzung der Joddarreichung ab. Die Dermatose beruht nicht auf einer von der Dosierung unabhängigen, idiosynkrasischen Wirkung, vielmehr läßt sich eine Dosis finden, welche unter der Schwelle der Reaktion steht. Im vorliegenden Material spielte auch eine sonst häufig angenommene Niereninsufficienz keine Rolle, ebensowenig war das Auftreten der Knoten abhängig von der Jodausscheidungsgröße. Der histologische Befund eines exzidierten Knotens, von dessen Einzelheiten hier nur die Beteiligung der Venen am entzündlichen Prozeß hervorgehoben sei, gleicht im wesentlichen demjenigen beim idiopathischen Erythema nodosum. Verf. streift ferner noch die Frage über das Verhältnis dieses besprochenen Exanthems zu den anderen Formen der Jodexantheme.

F. Biberstein-Gleiwitz.

Progressive Ernährungsstörungen der Haut.

26) **Note sur deux cas de sarcoides souscutanées,** par Thibierge et Bord. (Annales de dermatologie. 1907. Nr. 2.)

Diese von Darier und Ramsay im Jahre 1904 beschriebene Erkrankung beobachteten die Verff. in 2 Fällen. Der erste Fall betraf eine 56jährige Frau, die seit 12 Jahren an der Krankheit litt. Es handelte sich um Erbsen- bis Mandel und noch größere Knoten, die am Oberschenkel in der Nähe des Scarpaschen Dreiecks und zwar an der Seite von Varicen ihren Sitz hatten. Durch Arsenmedikation und Röntgen-Strahlen wurde eine bedeutende Besserung erzielt. Histologisch ergab sich eine Zellneubildung längs der Gefäße bestehend aus Riesenzellen und Lymphocyten, ferner epitheloide Zellen. Die Neubildung hatte keine destruktive Tendenz, die Gefäße waren durchgängig, die Schweißdrüsen nur wenig ergriffen. Im zweiten Fall, der eine 32jährige Frau betraf, bestand die Erkrankung seit 3 Jahren und es war ebenfalls eine Pleuritis vorhergegangen. Eine Besserung wurde durch Kalomelinjektionen erzielt. Dieser Fall ähnelte klinisch und anatomisch mehr einem Erythema induré (Bazin). Diese Fälle sind verwandt mit den [illegible]nnten „Tuberculiden“. Der zweite speziell ist ein Übergangsfall zwischen [illegible] induré und Sarcoiden.

Raff-Augsburg.

geben kann. Mit Kaposi die Pagets disease den Ekzemen anzugliedern — trotz der Ekzemähnlichkeit des ersten Stadiums —, ist unbegründet.

V. Lion-Mannheim.

Gonorrhoe und deren Komplikationen.

34) **Die Verhütung der Epididymitis bei der Behandlung der Gonorrhoe im akuten und subakuten Studium**, von J. Neuberger. (Dermatolog. Zeitschrift. 1907. Januar.)

Das Resultat von Neubergers Untersuchungen ist, daß maximale Ausdehnung der Urethra und prolongierte Injektionen im akuten und subakuten Stadium die Heilung der Gonorrhoe nicht beschleunigen und die Komplikationen, insbesondere die Epididymitis, vermehren, daß aber durch Injektionen geringer Mengen von Desinfizientien, besonders von Protargol, und durch kurze Einwirkungsdauer der letzteren auf die Harnröhrenschleimhaut die Komplikationen vermindert und die Heilung der Gonorrhoe in keiner Weise verzögert wird.

Immerwahr-Berlin.

35) **Über die Häufigkeit des Trippers in Deutschland**, von A. Blaschko. (Münchener med. Wochenschrift. 1907. Nr. 5.)

Stellungnahme zu der optimistischen Auffassung Erbs, die in dem Schlußpassus gipfelt, daß wir keinen Anlaß haben, gegenüber der Öffentlichkeit abzuwiegeln und bei dem großen Publikum die Meinung zu erwecken, der Tripper sei ein harmloses Leiden. Dieser Glaube ist leider, trotz der jahrelangen Bemühungen der Mediziner, dieser Krankheit bei der Männerwelt eine ernstere Beachtung zu verschaffen, nicht auszurotten gewesen; und es würde geradezu verhängnisvoll sein, wollten wir durch die Lehre von der Gutartigkeit der Gonorrhoe der Nachlässigkeit und dem Leichtsinn der männlichen Jugend Vorschub leisten.

G. Trautmann-München.

36) **Zur Statistik des Trippers beim Manne und seine Folgen für die Ehefrauen**, von Hans Vörner. (Münchener med. Wochenschrift. 1907. Nr. 5.)

Kritische Bemerkungen zu Erbs Artikel unter Zugrundelegung eigener Erfahrungen, die darauf hinauslaufen, daß den Aussagen von Patienten, auf denen sich eine Statistik gründet, nicht ohne weiteres zu trauen ist.

G. Trautmann-München.

37) **Über die Reizwirkung des Protargols. Zugleich Beitrag zur Therapie der Gonorrhoe**, von Karl Stern. (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 6.)

In einer Anzahl von Fällen wurde wegen der unerträglichen Reizwirkung des Medikaments von seiner Anwendung Abstand genommen. Es handelte sich dann entweder um wertlose Nachahmung des Mittels oder um unrichtige Herstellung der Lösung. Es ist unbedingt erforderlich, der Verordnung den Vermerk „frigide et recenter" hinzuzufügen. Erfolgt die Herstellung der Lösung unter Einhaltung dieser Vorschrift, so verursacht die Protargollösung in der üblichen Konzentration keine Reizerscheinung und bildet wegen ihrer hervorragenden bakteriziden Wirkung ein vorzügliches Mittel zur Heilung der Gonorrhoe.

Schourp-Danzig.

38) **Die Zusammensetzung des Protargols**, von August A. Brüning. (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 6.)

Die Untersuchung von zehn, aus verschiedenen Gegenden Deutschlands bezogenen Protargolproben ergab, daß das Protargol in seiner Zusammen-

setzung so gut wie gar keinen Schwankungen unterworfen ist. Licht und Luft haben einen großen Einfluß auf das Protargol. Schourp-Danzig.

39) **Zur Rezeptur des Protargols,** von F. Goldmann. (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 7.)

Um absolut nicht reizende Lösungen herzustellen, empfiehlt Verf. entweder Protargol mit Glycerin und kaltem Wasser mittelst eines Pistills zu verreiben, oder Protargol auf die Oberfläche der erforderlichen Wassermenge zu pudern, so daß es wie ein Schimmelrasen die ganze Wasserfläche bedeckt. Umrühren mit einem Glasstabe ist zu vermeiden, weil sich sonst Klümpchen bilden. Als lokales Anästhetikum kann, um jeder Schmerzempfindung vorzubeugen, Alypin. nitricum zugesetzt werden. Auf 1 g Protargol rechnet man 0,1—0,3 g Alyp. nitric. Schourp-Danzig.

40) **Manka-Kapseln nach Dr. Hirsch bei Gonorrhoe,** von W. Zeuner. (Therapeut. Monatshefte. 1907. Nr. 2.)

Die Manka-Kapseln bestehen aus Santelöl, Arbutin und Extractum Bucco aethereum. Sie sind indiziert bei akuter und chronischer Gonorrhoe, bei Cystitis und Prostatitis gonorrhoica; Nebenwirkungen hat der Verf. nicht beobachtet. Schourp-Danzig.

41) **Über ein einfaches Hilfsmittel in der Gonorrhoebehandlung,** von O. Buber. (Therapie der Gegenwart. 1906. S. 478 u. 479.)

Verf. empfiehlt statt der Einspritzung sehr warmer Lösungen (Silberverbindungen und adstringierenden Salzen), wobei man ohnehin von Protargol abzusehen hat, da es „frigide et recenter" hergestellt werden muß, den Pat. drei- bis viermal heiße Penisbäder machen zu lassen. Temperatur so hoch, wie möglich und während der Dauer des Bades (10—15 Minuten) auf der Höhe zu erhalten. Er rühmt diesem einfachen Adjuvans der Behandlung im Vergleich zur bloßen Injektionstherapie sowohl qualitativ als der Zeit nach bessere Ergebnisse nach und diese Überlegenheit kommt auch in dem selteneren Übergreifen des Prozesses auf die Pars posterior zum Ausdruck. Solger-Neiße.

42) **Zur Kenntnis des Hexamethylentetramins und seiner Salze (Cystopurin),** von Bergell. (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 2.)

Der Verf. gibt eine Methode der Darstellung des Hexamethylentetramins aus Harn und eine Methode der Bestimmung als Sublimat-Doppelsalz an. Als erstes Ergebnis der Anwendung dieser Methodik teilt er die Tatsache mit, daß Hexamethylentetramin als solches im Harn erscheint, etwa 50 % der Substanz aber im Organismus verbrannt werden. Aus chemischen und bakteriologischen Untersuchungen erhellt, daß die Erklärung der Wirkung des Hexamethylentetramins durch Formaldehydabspaltung unzureichend ist. Eine außerordentlich leicht lösliche Verbindung des Hexamethylentetramin mit Salzen stellt das Cystopurin dar, eine doppelsalzartige Verbindung mit Natriumacetat, welches therapeutisch wirksamer zu sein scheint als das Hexamethylentetramin. Schourp-Danzig.

43) **Über den klinischen Wert des Cystopurins,** von O. E. Loose. (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 2.)

Zur Prüfung verwandte Verf. bei Blasen- und Tripperérkrankung Cystopurin, von dem er dreimal täglich 2 g-Tabletten in Wasser gelöst nehmen ließ oder 5 % Lösung zur Injektion verwandte. Die guten Erfolge mit Cystopurin erklärt er damit, daß das Cystopurin den Lymphstrom in den Gebieten, die es berührt, beeinflußt und dadurch in der Art eine Heilung herbeiführt, wie wir es bei der künstlichen Hyperämie sehen. Schourp-Danzig.

Syphilis.

44) **Spirochätenbefunde im menschlichen Auge. Ein Beitrag zur Genese der Augenerkrankungen bei hereditärer Lues,** von Hans Bab. (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 48.)

Die Beobachtungen des Verf.'s stützen sich auf die Untersuchungsbefunde bei einer mazerierten Totgeburt, welche 4 Wochen zu früh ausgestoßen wurde und in deren Leber in ungeheuren Massen Spirochäten gefunden wurden. Das Auge wird auf dem Wege der Blutbahn mit Spirochäten überschwemmt, die im Gewebe sich vermehren und weiter wandern; entsprechend der Gefäßversorgung des Auges finden sich die Spirochäten am reichlichsten in der Chorioidea, von der sie nach vorn zu sich im Irisstrom ausbreiten, nach außen zu in der Sklera und in den tieferen Schichten der Kornea. Ähnliche Prozesse dürften die Grundlage abgeben für die Chorioiditis und Iritis syphilitica und für die Keratitis parenchymatosa, die gefürchteten Krankheitsbilder der hereditären Lues. Mit dem Befunde, daß die Spirochäten sich nur in den tieferen Schichten der Cornea finden, stimmt die Erfahrung überein, daß bei der Keratitis parenchymatosa Epithelveränderungen fast gänzlich fehlen und auch ulcerative Prozesse ausbleiben. Mit der alten Erfahrung, daß die Linse gegen syphilitische Prozesse gewissermaßen immun zu sein scheint, stimmt die Beobachtung des Verf.s überein, daß in der Linse Spirochäten fehlten. Die Ursache dafür, daß im Glaskörper keine Spirochäten nachweisbar waren, glaubt Verf. in der schweren Durchdringlichkeit des Stratum pigmenti für Spirochäten suchen zu müssen. Die Untersuchungen der Augen eines zweiten syphilitischen Fötus bestätigten diese Befunde und gaben ihnen eine Ergänzung dadurch, daß im Optikus selbst die Spirochäten hauptsächlich in der Nähe der Arterie und Vena centralis retinae lagen, dann in den bindegewebigen Septen zwischen den Bündeln des Nerven vordrangen, um hier und da auch in die Nervensubstanz einzuwandern. Verf. untersuchte wegen der Coryza syphilitischer Neugeborener die Nasen luetischer Totgeburten mit der Silbermethode und wies in der Nasenschleimhaut die Spirochaete pallida nach.

Schourp-Danzig.

45) **Syphilis des Nasenrachenraumes mit Exitus letalis,** von Fischenich. (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 38.)

Ein Patient, der vor 7 Jahren Lues acquirierte und mehrfach Hg-Kuren und Jodkalibehandlung durchmachte, hatte seit 3 Jahren unter Schluck- und Kopfschmerzen ein Ulcus des Nasenrachenraumes mit bloßliegendem, sequestrierten Knochen des hinteren Septumendes. Nach vierwöchentlicher lokaler und Jodbehandlung trat eine starke Blutung ein, die von der Stelle des Sequesters ausging, sich nach einigen Tagen wiederholte und zum Exitus infolge Erschöpfung führte.

Schourp-Danzig.

46) **Spirochaete pallida im Lungengewebe bei Pneumonia alba,** von A. Dowevnikowa. (Russ. Wratsch. 1906. Nr. 22.)

Das von der Verfasserin im Kalinkinhospital untersuchte Präparat wurde $1^1/_4$ Jahre in Spiritus aufbewahrt und stammte von einem an Cerebrospinalmeningitis verstorbenen 2 Monate alten hereditär-syphilitischen Kinde. Es gelang Verfasserin nach der Färbemethode von Levaditi ein positives Resultat zu erlangen, wenn auch nicht in dem Maße, wie sie Levaditi und Gierke bei Pneumonia alba konstatieren konnten, was wohl an der langen Aufbewahrung in Spiritus liegen dürfte. In verhältnismäßig großer Menge

fanden sich die Spirochaete pallidae in der Bronchial- und Alveolarwandlung; im allgemeinen waren sie ungleich verteilt; in einem Gesichtsfelde bis 50 und mehr, im andern gar keine. Im pathologisch unverändertem Lungengewebe waren nirgends Spirochäten zu finden. Die von Levaditi konstatierte Phagocytose konnte Verfasserin nicht bestätigen. S. Prissmann-Libau.

47) **Der gegenwärtige Stand der Cytorrhyctesfrage,** von Ferdinand Winkler. (Wiener klin. Wochenschrift. 1906. Nr. 12.)

Verf. kann die Siegelschen Befunde im Ganzen bestätigen. Er weist auf die Notwendigkeit hin, die Untersuchungen nur mit den allerstärksten Immersionssystemen vorzunehmen, da man sonst leicht negative Ergebnisse erhält. Den Impfresultaten Siegels kann Verf. nicht beistimmen, ebensowenig wie er ihm in seinem Kampfe gegen die Spirochäten zu folgen vermag. Er plädiert vielmehr dafür, einen Zusammenhang zwischen Spirochäte und Cytorrhyctes zu erforschen, da letztere möglicherweise eine (anscheinend nicht infektiöse) Entwicklungsform der Spirochäte sei. Verf. meint, daß die von ihm festgestellte Tatsache, daß an Levaditi-Präparaten, die mit Toluidinblau nachgefärbt sind, neben den schwarzen Spirochäten blaue Cytorrhycten zu sehen sind, vielleicht einen Wegweiser für die hier einsetzende Forschung geben kann. Amende-Bamberg.

48) **Pathologisch-anatomische Befunde an den Augen bei zwei Fällen von Lues congenita,** von Schlimpert. (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 48.)

Die Untersuchungen wurden an einem frühgeborenen mazerierten Fötus und an einem ausgetragenen Kinde, das extrauterin gelebt hatte, vorgenommen. In den Organen beider fanden sich die für Lues congenita typischen Gewebsveränderungen und Spirochäten. Die histologische Untersuchung der Augen zeigte eine besonders in der Nähe der Gefäße bemerkbare und das interstitielle Gewebe bevorzugende Entzündung. Bei den Spirochätenbefunden an den Augen fiel im allgemeinen das relativ spärliche Vorkommen der Parasiten auf. Die Choroidea war am schwersten betroffen, wohl infolge ihrer guten Blutversorgung. Den größten praktischen Wert legt Verf. auf die durch den erbrachten Spirochätennachweis als spezifisch erwiesenen Veränderungen; die Conjunctivitis gummosa, die Dakryoadenitis und die Myositis der äußeren Augenmuskeln. Vielleicht kann das so häufig vorhandene Schielen hereditär syphilitischer Kinder auf syphilitische Entzündung der äußeren Augenmuskeln zurückgeführt werden. Schourp-Danzig.

49) **Über Spirochätenerkrankungen,** von G. Scherber. (Dermatolog. Zeitschrift. 1907. Februar.)

Es gibt eine Reihe von Erkrankungen des Menschen, deren ausschließliche oder mitwirkende Ursache Spirochäten sind. Diese Erkrankungen sind entweder lokaler Natur, vom Orte der Infektion ausgehend bis zum regionären Drüsenapparat der betreffenden Gegend reichend, oder sie stellen eine Allgemeininfektion dar. Mundhöhle und Genitalregion sind die Hauptorte, an denen die Spirochäten lokale, pathologische Prozesse erzeugen. Es ist damit nicht ausgeschlossen, daß sie mitunter beim Zerfall von Karzinomen, oder bei der Verjauchung von Ulcera cruris eine Rolle spielen. In der Mundhöhle sind es die Spirochaete buccalis und die Spirochaete dentium, welche man bei Noma, Angina Vincent., Stomatitis mercurialis findet. Die Spirochaete Balanitidis findet man bei der ulcerösen Balanitis. Allgemeininfektion durch Spirochäten findet man bei Rekurrens, Syphilis und Framboesia tropica.

Spirochätenerkrankungen finden sich auch bei Tieren, so bei den Hühnern, Gänsen und Fischen. Es ist wahrscheinlich, daß die Erreger dieser Krankheiten zusammengehören und den Protozoen zuzurechnen sind. Die Erkrankungen selbst werden als Spirochätenerkrankungen, vielfach auch als Spirillosen bezeichnet. Die Gruppe der Spirillosen ist eine große beim Menschen, und umschließt zum Teil schwere, in ihrer Pathologie höchst interessante Krankheiten. Immerwahr-Berlin.

50) **Über die Beziehungen der Spirochaete pallida zum Hautpigment syphilitischer Efflorescenzen,** von B. Lipschütz. (Dermatolog. Zeitschrift. 1907. Februar.)

Unter dem Einflusse der Spirochaeta pallida entstehen in syphilitischen Hautefflorescenzen, und zwar schon in solchen, die auf der Höhe ihrer Entwicklung sich befinden, regelmäßig Pigmentalterationen, die auch dann mikroskopisch nachweisbar sind, wenn die bloße makroskopische Besichtigung noch keinerlei Anhaltspunkte dafür abgibt. Diese Pigmentalterationen bestehen in einer „initialen" geringgradigen Pigmenthypertrophie, die regelmäßig von einer Pigmentverminderung, partiellen und totalen Pigmentatrophie, gefolgt ist. Im letzteren Falle entsteht bleibendes Leukoderma, im ersteren kommt es in der Mehrzahl der Fälle nach einiger Zeit zum physiologischen Pigmentausgleich, oder zur Hyperpigmentierung. Der ausgesprochene Antagonismus zwischen Spirochaete pallida und Hautpigment stellt einen spezifisch biologischen Vorgang dar, der auf unmittelbarer Wirkung des Syphilisvirus, bzw. eines von diesem gebildeten Giftes, und nicht etwa auf dem entzündlichen Prozeß als solchem, oder auf Mischinfektion und dadurch bedingter Eiterung beruht. Immerwahr-Berlin.

51) **Ein Fall von ungewöhnlicher Lokalisation des syphilitischen Primäraffektes,** von S. L. Bogrow. (Monatsh. f. prakt. Dermatologie. XLIV. Nr. 41.)

Ein 23jähriger Mann weist das Bild der Syphilis cutan. maculo-pustulosa, Papulae l. genitalium, Impetigines luet capillitii, Palyadenitis luet. auf. Der Primäraffekt fehlte und war nach dem Drüsenzustande auch nicht bezüglich der Region zu bestimmen. Der Kranke klagte über Schmerz beim Stuhlgang. Die Untersuchung mittels Rektoskop stellte auf der vorderen Wand des Rektum, 8 cm vom Anus entfernt, eine oberflächliche Erosion mit gelblichem Grund und von scharf umgrenzter hyperaemisierter Mucosa fest. In dieser Läsion vermutet Verf. den durch einen Päderastieakt entstandenen Primäraffekt. Schourp-Danzig.

52) **Über intramuskuläre Injektionen mit einer Suspension aus Vasenol-Hydrargyrum salicylicum unter Zusatz von Novocaïn,** von Artur Strauss. (Monatsh. f. prakt. Dermatologie. XLIV. 1907. Nr. 2.)

In dem Vasenolum liquidum erblickt Verf. ein tadelloses Vehikel für die salicylsaure Quecksilbersuspension. Auf Grund seiner Versuche und Erfahrungen empfiehlt er folgende Mischung, welche auch bei sehr empfindlichen Patienten die Einwirkungen erträglich gestaltet: I. Vasenol-Hydrargyr. salicyl. steril. 10 % 100⁰, II. Novocaïn 2,0—4,0 Solve in aqu. destill. quantum satis Misce I. und II. Schourp-Danzig.

53) **Le spirochète pallida dans le sang des syphilitiques,** par Le Sourd et Pagniez. (Annales de dermatologie. 1907. Nr. 1.)

Die Ansteckungsfähigkeit des Blutes Syphilitischer ist durch die bekannten Impfexperimente von Waller, Lindwurm, Gibert, des Pfälzer

Anonymus u. a. längst bewiesen. Die Entdeckung der Spirochäte, sowie die Möglichkeit die Syphilis auf Affen zu überimpfen, gab nun zu diesen Forschungen einen neuen Antrieb. Zuerst wurde die Spirochäte von Buschke und Fischer im Blute eines hereditär-syphilitischen Kindes gefunden. Eine ganze Reihe anderer Untersucher fanden jedoch im Blute Syphilitischer keine Spirochäten. Diese wechselnden Erfolge brachten mehrere Forscher auf die Idee, daß die Ursache in dem Mißverhältnis der geringen Zahl der Spirochäten zu der großen Masse des Blutes liege. Sie suchten also eine Methode, um eine große Blutmasse von unnützen Elementen zu befreien und den Rest dann durchforschen. Derartige Versuche haben nun auch die Verff. gemacht und zunächst das Verfahren von Nöggerath und Stähelin angewendet: Sie entnehmen 1 ccm Blut aus der Armvene und brachten es dann in 10 ccm einer $^1/_3$ %igen Lösung von Essigsäure. Dann wurde $^1/_2$ h. centrifugiert, der Bodensatz nach Giemsa gefärbt und untersucht. In dem nach dieser Methode untersuchten Blut von 5 Kranken mit frischer unbehandelter Syphilis fanden sich jedoch keine Spirochäten, ebensowenig in zwei anderen Fällen, bei deren Untersuchung die Essigsäure durch eine andere Mischung (Formol 2, Essigsäure 0,5, Aqu. 100 ersetzt war. Die Verff. wendeten dann eine andere Methode an, indem sie das Blut durch oxalsaures Kali ungerinnbar machten und dann centrifugierten. Es bilden sich dann von unten nach oben liegende Schichten: rote Blutkörperchen, Leukocyten, Hämatoblasten, Stroma, Plasma. Bei derartiger Behandlung sind die Hühnerspirillen in den obersten Schichten zu finden und so suchten denn die Verff. im Blute von 3 Syphilitikern, welches in dieser Weise behandelt war, nach der Spirochäte, aber vergebens. Diese häufigen Mißerfolge kommen nach den Verff. entweder daher, daß das Blut nur vorübergehend Spirochäten enthält oder die angewandten Methoden sind ungenügend. Raff-Augsburg.

54) **Le liquide céphalo-rachidien des Hérédo-syphilitiques,** par Ravaut. (Annales de dermatologie. 1907. Nr. 2.)

Am Anfang seiner Arbeit rekapituliert Verf. kurz, was er in seinen früheren Arbeiten über vermehrte Lymphocytose bei Syphilis der Erwachsenen festgestellt hat: Vermehrung der Lymphocyten, besonders bei den intensiveren Exanthemformen der Syphilis, d. i. den papulösen Syphiliden und der Pigmentsyphilis. Bei tertiärer Lues zeigten, den Liquor cerebrospinalis ausgenommen, die Affektionen des Auges und die Perforationen des Gaumensegels keine Veränderung. Verf.'s Beobachtungen betreffen 28 hereditär syphilitische Kinder mit und ohne Lueserscheinungen im Alter von wenigen Tagen bis 1 Jahr. Die Reaktion der Spinalflüssigkeit bezeichnet er 1) als negativ, wenn nicht mehr als 2—3 Lymphocyten im Gesichtsfeld sind, 2) als gering 4—6, 3) als mittel 7—20, 4) als stark, wenn mehr als 20 Lymphocyten im Gesichtsfeld sind. Als Lymphocyten betrachtete Verf. alle einkernigen Elemente. In dem Satz der centrifugierten Flüssigkeit fand er nie Spirochäten. Die Flüssigkeit wurde auch vor und nach dem Centrifugieren auf die Augenlider von Affen übergeimpft, aber nie erhielt Verf. ein positives Resultat. Dies war um so auffallender, als in einem Falle sich im Blut zahlreiche Spirochäten fanden. Bei den 28 Fällen war nun die Reaktion 1) negativ 8 mal, 2) gering 3 mal, 3) mittel 8 mal, 4) stark 9 mal. Bei 8 Kindern, die kein Zeichen von Hautsyphilis boten, war die Reaktion negativ nur gering in 2 Fällen, mittel in 1 Fall. Bei 21 Kindern die Haut oder Schleimhaut Läsionen boten, zeigten 4 keine oder geringe Reaktion, 16 mittlere oder starke Reaktion. Die 4 mit

geringer oder negativer Reaktion zeigten nur Plaques oder Papeln der Nates, die anderen 16 ausgebreitete papulöse Exantheme. Wenn man also nur die Läsionen der Haut berücksichtigt, reagiert die Spinalflüssigkeit der hereditärsyphilitischen wie die der erwachsenen Syphilitiker. Merkwürdigerweise war bei Hydrocephalus, Nackenstarre, Konvulsionen, großen Fontanellen keine Lymphocytose vorhanden, während wiederum starke Reaktion bestand ohne gleichzeitige nervöse Störungen. Verf. erklärt dies damit, daß diese Störungen nicht syphilitischer Natur waren. Im ganzen muß bei hereditärer Syphilis ebenso wie bei der erworbenen eine Lymphocytose als das Zeichen einer nervösen Störung betrachtet werden, so daß sie in zweifelhaften Fällen sogar ein diagnostisches Hilfsmittel für Syphilis werden kann. Wird sie bei dem Kinde eines Luetikers als einziges Symptom beobachtet, so gewinnt sie für den Arzt noch größeren Wert. Die Lymphocytose muß auch als Indikation für eine antisyphilitische Kur gelten, welche bis zum Verschwinden der Leukocyten fortgesetzt werden muß, selbst wenn die Hauterscheinungen schon verschwunden sind. Schließlich erwähnt Verf. noch, daß er bei einem Kinde, das während des Lebens eine starke Lymphocytose gezeigt hatte, bei der Sektion in den Cerebralarterien und in dem Exsudat der Meningen Spirochäten fand.

Raff-Augsburg.

Krankheiten des Urogenitalapparates.

55) **Untersuchung über innere Antisepsis durch Hetralin, ein neues Hexamethylenderivat,** von Wilhelm Fries. (Inaugural-Dissert. Gießen 1906. 104 S.)

Diese gründliche Arbeit bringt verschiedene neue wichtige Feststellungen. Hetralin enthält etwa 60 % Urotropin, 40 % Resorcin. Das Resorcin geht nach Verabreichung von Hetralin per os, wie Verf. durch den Ausfall sämtlicher Resorcinproben in zahlreichen Versuchen beweist, nicht in den Harn über. Jedoch zeigt sich der Übergang von Dioxybenzol in den Organismus durch die Vermehrung der Ätherschwefelsäuren im Verhältnis zu den Sulfatschwefelsäuren im Harn. Die Folge ist Azidifikation und Erleichterung der Formaldehydabspaltung aus der Urotropinkomponente des Hetralin. Aus Lösungen von Hetralin spaltet sich Formaldehyd ab; wenn sie an der Luft stehen, wenn man sie erwärmt, wenn man Säuren zusetzt. Aus Hetralin-Harn entweicht Formaldehyd selbst auf Eis, ferner bei Einwirkung von Harnsäuren und Harnsäurensalzen, falls der Harn sauer reagiert. In mit Hetralin versetzten Kulturen von Pyocyaneus wirkt dasselbe noch in einer Verdünnung von $^1/_{600}$ auch bei 18° C., nicht bloß bei Brutwärme, durch Abgeben von Formaldehyd antiseptisch bzw. kolyseptisch (entwicklungshemmend). Per os zugeführt wird Hetralin im Körper sehr leicht und schnell zerlegt, und Formaldehyd aus ihm abgespalten, der nach seiner Resorption durch die Nieren z. T. wieder allmählich ausgeschieden wird. Die Ausscheidung beginnt nach 10 Minuten, erreicht ihr Maximum nach 2—6 Stunden und ist erst nach 24—72 Stunden beendet. Daraus ergibt sich eine kumulative Wirkung. Außer dem bereits im Blut abgespaltenen Formaldehyd geht auch noch aus dem unzersetzt in den Harn übergehenden Teil des Urotropin im Harn Formaldehyd hervor. Saure und konzentrierte Harne liefern mehr und länger Formaldehyd, als alkalische, ammoniakalische leichte Harne. „In alkalischen Flüssigkeiten übertrifft das Hetralin durch seine energische Formaldehydabspaltung die kolyseptische und antiseptische Wirkung des Urotropin

ganz außerordentlich. In neutralen und sauren Flüssigkeiten ist die Desinfektionskraft des Urotropins größer als die des Hetralins; daß dabei Hetralin durch das ziemlich stark antiseptisch wirkende Resorcin unterstützt werde, ist nicht anzunehmen." Nach 1 × 10,0 — 15,0 Hetralin sterben Hunde an Karbolvergiftung. Nur nach solch toxischen Riesengaben findet man im Blut Formaldehyd. Melkhündinnen scheiden auch in der Milch das gefressene Hetralin aus.

Goldberg-Cöln/Wildungen.

56) **Les ruptures de l'urèthre chez l'enfant,** par Broca. (Annales d. malad. d. org. genit.-urin. 1906. S. 321.)

Die ohne Beckenbruch eintretenden Rupturen der Harnröhre betreffen in der Regel ihre Unterwand oder die untere Seitenwand in der Regio bulbosa, entsprechend der Gewalteinwirkung (Sturz rücklings auf den Damm, Tritt gegen den Damm). Sind die drei klassischen Symptome: Urethrorhagie, Haematoma perinealis, Retentio completa urinae vorhanden, so ist éine Verwechslung mit einer bloßen Dammquetschung nicht möglich; man muß aber wissen, daß auch letztere bei Kindern vorübergehend Harnverhaltung bewirken kann und daß andererseits die Harnröhrenblutung unbedeutend oder unbeachtet bleiben kann. Ist keine Anschwellung am Damm vorhanden, die Harnentleerung nicht besonders behindert, so ist wahrscheinlich nur ein teilweiser, nicht bis ins Dammbindegewebe reichender Riß zustande gekommen; hat man das Kind in ständiger Beobachtung, so kann man abwarten. War die Blutung stark, ist eine eiförmige Geschwulst am Damm vorhanden und die Harnentleerung sehr schwierig oder unmöglich, so muß katheterisiert werden, und zwar, da man andernfalls in den Riß gerät, mit an der oberen nicht gerissenen Wand entlang leitbaren Instrumenten, also mit Merciers oder mit gebogenen Mandrin oder mit großgekrümmten Metallkathetern; der Katheter muß aber liegen bleiben. Er inkrustiert sich bei Kindern sehr bald; doch pflegt er nach 2—3 Tagen überflüssig zu sein, da der Riß sehr schnell heilt, sofern er, was die Möglichkeit des Katheterismus beweist, die obere Wand unversehrt ließ. Betraf der Riß auch diese, so pflegt der Katheter nicht in die Blase zu dringen; man mache ja nur die allerschonendsten Versuche! Würde man hier abwarten, so würde, nachdem das Kind wieder zu harnen beginnt, der Urin durch den Riß in das Extravasat dringen und Urininfiltration eintreten. Es ist also in den mittelschweren Fällen ratsam, in den schweren unerläßlich, den Damm breit bis auf die Rißstelle zu öffnen; findet man das centrale Stück, so kann man nach Einführung eines Katheters die Harnröhre vernähen; findet man es nicht, so warte man ruhig ab und mache nicht etwa die Sectio alta zwecks retrograden Katheterismus; nach kurzer Zeit harnt das Kind in die breite Dammwunde, und man wird dann leichter das centrale Stück finden. Bei mit Beckenbruch komplizierten Urethralrupturen kann die Notwendigkeit der Blasenöffnung sich einstellen. Die sofortige Naht verhütet zuweilen, auch nicht immer, die sonst obligate traumatische Striktur; die Kinder müssen also nachher, so bald wie möglich, sehr lange Zeit, und dann und wann immer wieder, bougiert werden.

Goldberg-Cöln/Wildungen.

57) **Masturbation symptomatique (épilepsie larvée),** par Féré. (Annales d. malad. d. org. genit.-urin. 1906. Nr. 10.)

Ein 16jähr. Junge, Sohn gesunder, insbesondere nervengesunder Eltern, stürzt vom Pferde; er fällt auf den Rücken, kommt ohne Verletzung davon, kann aber 24 Stunden nicht urinieren, und 8 Tage lang nicht gehen. Bis auf zeitweilige Rückenschmerzen und eine bei ihm ungewohnte Unachtsam-

keit und Aufgeregtheit scheint der Unfall Folgen nicht zu hinterlassen. Nach 2 Monaten jedoch befällt zum erstenmal ein Wutausbruch ohne Bewußtseinsverlust von 3—4 Minuten Dauer den Knaben; im 6. Monat wird der Vater Zeuge, wie er neben ihm sitzend plötzlich impulsiv sich entblößt und onaniert; noch etwas später werden die Eltern alle Nächte durch schreckliches Aufschreien geweckt; er gibt an, immer den gleichen schrecklichen Traum zu haben. An den Tagen nach der Masturbation enthält der sonst normale Harn Eiweiß. Diese Tatsache, sowie die Kombination von periodischen Wutausbrüchen, periodischen Masturbationsparoxysmen und stereotypem „Pavor nocturnus"; endlich die Heilung durch Bromkali, 7 g pro die, veranlaßt Verf., die Neurose als eine epileptische anzusehen. Bei einem zweiten Jungen von 15 Jahren konstatierte Verf., daß typische Fallsucht mit heftigen und öffentlichen onanistischen Akten abwechselte; dieser litt außerdem an Pavor nocturnus, Enuresis, Aufregungszuständen und perversen Instinkten. Somit kann die Masturbation ein epileptisches Äquivalent sein.

Goldberg-Cöln/Wildungen.

58) **La cystalgie des femmes**, par Rochet. (Annales d. malad. d. org. génit.-urin. 1906. Nr. 14.)

Unter dem Namen „Cystalgie" faßt Verf. eine Anzahl von Blasenerkrankungen zusammen, denen gemeinsam ist, daß die Schmerzen im Mißverhältnis stehen zu dem objektiven Befund. Die Schmerzen bei und nach der Miktion, bei Berührung des Blasenhalses von außen oder von innen mit Sonde, bei Anfüllung der Blase sind außerordentlich heftig, obgleich der Harn nur leicht trüb oder ganz klar ist; oder es bestand lange eine subjektive latente Cystitis, und plötzlich wird eine Cystalgie daraus. Die Schmerzen strahlen nach Bauch, Damm, Oberschenkel aus; es kommt aber auch vor, daß zugleich mit der Cystalgie, Vaginismus, Pruritus und Analfissur bestehen. Voraufgegangen ist öfters Tripper, Wochenbett, Grippe, Gicht; die durch Genitalaffektionen verursachten Blasenstörungen gehören erst dann hierher, wenn sie trotz Beseitigung des primären Leidens fortbestehen; endlich ist die „Cystalgie" oft nur eine Lokalisation der Neurasthenie oder Hysterie. Die Prognose ist bald gut, bald schlecht, je nach der Individualität der Kranken und der Behandlung. Zunächst sind alle objektiven Erscheinungen zu beseitigen; damit schwindet manchmal auch die Cystalgie. Auch bei klarem Harn sind Kauterisationen des Blasenhalses mit 1—2 % Höllensteinlösungen häufig wirksam, ferner prolongierte, langsame, sehr heiße vaginale oder rektale Irrigationen. Neben der örtlichen ist stets die Allgemeinbehandlung des Nervensystems mit Ausdauer durchzuführen. War alles vergeblich, werden die Neuralgien im Gegenteil immer quälender, so ist chirurgische Hilfe angezeigt. Die Dilatation der Urethra in Narkose, die interne Sphinkterotomie, die Sectio vesicae vaginalis, die partielle Sphinkterektomie, endlich die Resektion des perinealen Astes des Nervus pudendus internus sind mit Erfolg versucht worden; die nach diesen Operationen zuweilen eintretende Inkontinenz nahmen die Frauen gerne in den Kauf; so qualvoll war vorher ihr Leiden.

Goldberg-Cöln/Wildungen.

III. Bibliographie.

Die Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten, von R. Ledermann. (3. Aufl. Berlin 1907, Coblentz.) — Das bisherige thera-

peutische Vademecum des Verf.'s hat sich bei der 3. Auflage zu einer Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten erweitert. Damit ist zugleich eine größere Vollständigkeit und Brauchbarkeit für praktische Ärzte erzielt worden. Das Buch gliedert sich in einen allgemeinen und einen speziellen Teil. Im ersteren werden nach einer kurzen Erwähnung der Hygiene der Haut die mechanischen Behandlungsmethoden, die interne und externe Therapie besprochen. Im speziellen Teile folgt die Aufzählung der Arzneimittel, worauf alsdann eine Übersicht über die Behandlung der wichtigsten Hautkrankheiten, sowie der Geschlechtskrankheiten gegeben wird. Auf jeder Seite verrät sich der reife Praktiker, der neben eigener Erfahrung die gesamte Literatur dieses Gebietes auf das sorgfältigste kritisch verfolgt hat. So ist zu hoffen, daß auch die 3. Auflage großen Nutzen stiften und zu den alten Freunden neue gewinnen wird. J.

IV. Therapeutische Notizen.

Clavus:

1)
Rez. Acid. salicyl. 11,0
Extr. cannab. indic. 2,0
Alkohol 10,0
Collodii elast ad 10,0

(McKee-St. Louis, Med. and Surg. Journ.)

J.

Depilatorium:

2)
Rez. Natrii sulfhydrati 3,0
Calc. viv.
Amyli ana 10,0
M. f. pasta.
S. Nach 3—4 Minuten abzuwaschen.

J.

Lues:

3)
Rez. Sozojodol-Hydrargyri 0,6
Laudani pur 0,15
Extr. et pulv. Liquir.
g. s. a. f. pill. 36
S. 3mal tägl. 2 Pillen nach der Mahlzeit.

(Tausig, Med. Klinik. 1907. Nr. 6.)

J.

V. Vereinsberichte.

Ärztliche Sektion des Siebenbürger Museumvereins in Klausenburg.

Demonstration dermatologischer Fälle.

(Originalbericht von Dr. Kanitz-Klausenburg.)

1) v. Marschalkó demonstriert a) einen Fall von multiplem Dermatomyom, welcher bereits vor 3 Jahren vorgestellt wurde. Die gleichzeitig demonstrierten mikroskopischen Präparate lassen nur die Annahme zu, daß der Ausgangspunkt der Krankheit in diesem Falle in der Hautmuskulatur, und zwar in den Arrectores pilorum zu suchen ist (der Fall wurde ausführlich in den Monatsh. f. prakt. Dermatologie. XXXI publiziert);

b) eine an Rhinosklerom leidende Kranke. Bei der Patientin wurden vor 4 Jahren die skleromatösen Teile operativ entfernt. Jetzt erscheinen die hinteren Teile der Nasenhöhle ganz normal, ebenso der weiche Gaumen und der Rachen. Aus den durch Scharren aus der Nasenhöhle gewonnenen Massen wurden Rhinosklerombazillen gezüchtet. Mit der Pulpa einer unter dem Kiefer liegenden und exstirpierten Drüse wurden Agar- und Gelatinaplatten gegossen. Die Platten blieben steril, ebenso war keine Entwicklung an den aus der frischen Drüse verfertigten und auf Agar gelegten Schnitten zu sehen.

Der negative bakteriologische Befund eines einzigen Falles kann keineswegs zum Anzweifeln der Angaben Rónas ermächtigen, welchem gelang, aus den dem skleromatösem Gewebe benachbarten Lymphdrüsen Kapselbakterien herauszuzüchten. Es soll aber nicht unerwähnt bleiben, daß das histologische Bild der Lymphdrüse in Rónas Präparaten charakteristische skleromatöse Veränderungen überhaupt nicht aufwies, da die Zellen, welche Huber als den Mikuliczschen Zellen ähnliche Gebilde anführte, nicht als Mikuliczsche Zellen betrachtet werden dürfen. Eben darum ist aber auch die pathologische Bedeutung des Vorkommens von Rhinosklerombazillen in den „metastatischen“ Drüsen noch keineswegs zweifellos erbracht.

2) Fabinyi: Über die syphilitischen Erkrankungen der Arterien an der Gehirnbasis. Nach der klinischen Würdigung eines einschlägigen Falles faßt Vortr. das Resultat der histologischen Untersuchungen in folgendem zusammen: Die Syphilis kann alle drei Schichten der Arterienwand, am seltensten aber die Media angreifen. In der Intima entstehen hauptsächlich weitausgebreitete Proliferationen, in der Media und der Adventitia bilden sich hauptsächlich umschriebene miliare Herde, welche als spezifische, für die Syphilis charakteristische Entzündungsprodukte angesehen werden müssen. Die Entzündung der verschiedenen Häute ist wenigstens zum Teil eine von der anderen unabhängig. Die Rolle des elastischen Gewebes ist bei der syphilitischen Entzündung insofern nicht von Belang, weil die Veränderungen des elastischen Gewebes auch bei anderen Erkrankungen der Intima vorzukommen pflegen.

3) Parádi stellt einen Fall von schwerer Ichthyosis vor.

4) Cicky demonstriert aus der Klinik Prof. v. Marschalkós einen Lichen ruber planus bei einem 35 Jahre alten Manne.

5) Demeter (Klinik Prof. v. Marschalkó) stellt eine Patientin vor, deren inoperables Karzinom am Augenlide erfolgreich mit Röntgen-Strahlen behandelt wurde.

6) v. Marschalkó zeigt einen 37 Jahre alten Kranken mit Sklerodermie. Es handelt sich um eine nahezu die Hälfte der Hautdecken einnehmende Sklerodermie, die stellenweise ganz deutlich das Bild der Sclerodermie en plaques und en bandes zeigt, von der es sich jedoch erst nach weiterer Beobachtung mit größerer Sicherheit sagen lassen wird, ob der Fall nicht eher in die Kategorie der generalisierten Sklerodermie zu reihen ist.

7) Elfer (Klinik Prof. Purjesz) demonstriert ein 20 Monate altes Mädchen, bei welchem eine bedeutende Makroglossie besteht. Der Fall gewinnt dadurch an Interesse, daß das Kind im übrigen gut entwickelt ist und auch ein Zurückbleiben der geistigen Fähigkeiten nicht bemerkbar ist.

8) Kanitz stellt aus der Klinik Prof. v. Marschalkós einen Fall von Lichen ruber planus vor: a) wegen starker Beteiligung der Mundschleim-

haut, b) wegen des akuten Verlaufes, so daß nach 3 Wochen fast die ganze Haut ergriffen ist. Stark ist auch das Genitale ergriffen, wo ebenso wie im Munde neben plaqueförmigen Herden schöne Ringformen zu sehen sind.

9) Borbély stellt einen klassischen Fall von Elephantiasis arabum vor. Die bedeutendsten Veränderungen sind an den Unterschenkeln und Vorderfüßen zu sehen, die eine enorme plumpe Vergrößerung aufweisen. Am Halse, auf der Brust, den Oberarmen und in den Inguinalbeugen sind außerdem mehrere exulzerierte Skrophulodermaknoten zu sehen.

10) Veszprémi referiert über Versuche bezüglich Tierimpfungen mit dem Bacillus fusiformis und Spirillum und Züchtung dieser Bakterien. Es gelang dem Vortr., die durch zwei Tierpassagen geführten Bakterien durch mehrere Generationen auf künstlichem Nährboden zu züchten. In den aus den künstlichen Kolonien hergestellten Deckglaspräparaten waren die fusiformen Bazillen, die Spirillen und die Fadenbakterien stets in großer Anzahl nachweisbar. Bei den mit den Kulturen subkutan oder intramuskulär geimpften Kaninchen entstanden abermals gangränöse Abscesse; im penetrant stinkenden Eiter derselben waren die genannten Bakterien stets in großer Zahl vorhanden. Die bisherigen Versuche lassen hoffen, daß sie bezüglich der biologischen Eigenschaften der erwähnten Bakterien und eventuell bezüglich des Zusammenhanges der letzteren mit den gangränösen Prozessen verwendbare Aufschlüsse geben.

11) Màthé demonstriert zwei Patienten zum Verständnis des Zusammenhanges zwischen den erythematösen Erkrankungen an der Schleimhaut des Halses und Rachens und an der Haut. Es dürfte sich in beiden beobachteten Fällen um jene Form des Erythems gehandelt haben, wo sich vor den entzündlichen Knoten an der Haut solche auch auf den Schleimhäuten zeigen und die Exulzerierung dieser ergriffenen Partien dann das scheinbare Bild der Angina zeigte. Aus dem Belage der Tonsillen konnten fast reine Streptokokkenkolonien gezüchtet werden.

Diskussion: Kanitz glaubt, daß vom Gesichtspunkte der Pathogenese die Veränderungen an der Haut unbedingt als Metastasen des Prozesses im Halse angesprochen werden müssen. Er hält sie mit anderen Worten für hämatogenen Ursprunges. Ob die Bakterien selbst oder die Toxine derselben beim Zustandekommen der Metastasen eine Rolle spielen, läßt sich in diesem Falle nicht entscheiden.

12) Kanitz stellt aus der Klinik Prof. v. Marschalkós folgende Fälle vor: a) Lupus vulgaris mit Finsen-Licht behandelt. Die 20jährige Patientin steht seit $1^1/_2$ Jahren in radiotherapeutischer Behandlung. Anfangs zeigte der Prozeß eher Verschlimmerung, so daß vor 4 Monaten die ganze Nase, die Oberlippe und das benachbarte Gebiet in der Ausdehnung von einer Kinderhohlhand von einem exulzerierten lupösen Infiltrat eingenommen war. Es wurde wieder eine 3monatliche Finsen-Behandlung eingeleitet. Am Höhepunkte der Reaktion erkrankte Patientin an Pneumonie. Indessen verlief die Reaktion vollständig und jetzt ist an der Stelle des früher erkrankten Gebietes eine zarte, ein wenig atrophische, etwas rötlich verfärbte, gar kein lupöses Gewebe mehr enthaltende Haut zu sehen;

b) einen Fall von ausgebreitetem Lupus mucosae oris. Erkrankt sind die Schleimhaut des harten und weichen Gaumens, die Gaumenbögen, das Zahnfleisch der oberen Zahnreihe;

c) einen Fall zur Diagnose. Bei dem 43jährigen Patienten entwickelte

sich vor 6 Wochen am rechten Unterkieferrand eine nußgroße, derbelastische Geschwulst. Dieselbe ist mit normalem Epithel bedeckt und grenzt sich mit steilen Rändern scharf ab. Sie ist samt der sie bedeckenden Haut über dem Unterkieferbein leicht zu bewegen. Das Bild erinnert am meisten an die sogen. tiefe Form der Trichophytiasis, diese wird aber durch die Abwesenheit der Pilze ausgeschlossen. Für einen luetischen oder tuberkulösen Ursprung sprechen keine Anzeichen.

Diskussion: v. Marschalkó teilt auf Grund der noch nicht abgeschlossenen histologischen Prüfung mit, daß die Geschwulst ein eigenartiges histologisches Bild darbietet. Hypertrophisches, zum Teil mit Leukocyten infiltriertes Epithel, in der Cutis und Subcutis chronisch entzündliches Infiltrat, einige Riesenzellen. Außerdem fallen eigentümliche große Zellen auf, welche den Mikuliczschen Zellen des Rhinoskleroms gleichen.

13) v. Marschalkó stellt vor: a) einen eigentümlichen Fall cirkumskripter profuser Hauttalgsekretion. Die 33jährige Patientin erlitt eine starke Verletzung an einer dem linken supraorbitalen Rand entsprechenden Stelle und unterwarf sich einer unbedeutenden Operation. Etwa einen Monat nach derselben wurde die Haut an der linken Hälfte des Schädels sehr empfindlich und belegte sich mit einer fettartigen Schicht. Bei der Aufnahme zeigte sich eine scharf begrenzte Stelle der Haut der Stirn und der linken Hälfte des Schädels mit einer eigentümlichen braunen, an der Oberfläche eingetrockneten Masse belegt. Dieses Gebiet entspricht ganz genau dem Innervationsgebiet des N. supraorbitalis. Die Masse besteht, wie das auch durch ihre mikroskopische Prüfung bestätigt wurde, aus reinem Hauttalg. Die Haut unter dem Belag ist hyperämisch und zeigt lebhafte Hyperalgesie, stark herabgesetzte Thermästhesie und Thermalgesie. Die Lokalisation des Übels und die Anamnese (der Incisura supraorb. entsprechend befindet sich eine Narbe) machen einen Zusammenhang zwischen einer Läsion des N. supraorbitalis und den beschriebenen Veränderungen wahrscheinlich. Von einer eventuellen Operation ist Erfolg zu erhoffen.

Diskussion: Hoor erwähnt, daß in diesem Falle auch eine teilweise Umstülpung der Regenbogenhaut vorhanden ist, was nach Verletzungen manchmal vorkommt.

Hevesi hält ein operatives Eingreifen für angezeigt.

b) ein Rhinosklerom, welches schon vor 2 Jahren demonstriert wurde.

14) Hevesi zeigt einen Fall von Neurofibroma multiplex s. racemosum. Die linke obere Extremität eines 9jährigen Knaben ist von der Mitte des Oberarmes bis zur Mitte der Hand beinahe bis auf das zweifache verdickt. Diese Verdickung wird durch zahlreiche spindelförmige Knoten, welche sich dem N. medianus entlang verbreiten und durch eine elephantiasisartige Hypertrophie der Haut und des Unterhautbindegewebes bedingt. Das Übel ist angeboren. Es wurden dem Patienten in der Ellbogenbeuge eine eigroße Geschwulst, ferner vom Arm etwa 10—12 bohnen- bis dattelgroße Knoten und korkzieherartig gewundene, hie und da aufgeschwollene oder eingeschnürte Bündel entfernt, welche alle im N. medianus selbst Platz nahmen und dessen Bündel auseinander drängten. Die Hauptmenge der Geschwülste bestand, wie dies aus der histologischen Prüfung hervorging, aus einer fibromatösen Entartung des Endoneurium.

15) Kanitz (Klinik Marschalkós) demonstriert a) einen Fall von Tuberculosis verrucosa cutis, Lichen scrophulosorum und Folliclis.

Bei dem 23jährigen Patienten sind an den Extremitäten mehrere charakteristische Herde der Tuberculosis verrucosa cutis verstreut; die Haut des Rumpfes zeigt eine schwach ausgeprägte Form des Lichen scrophulosorum; außerdem sind an der Streckseite der Extremitäten, besonders der oberen, typische Folliclisknötchen zu sehen. Dieser Fall, bei welchem die Folliclis in der Gesellschaft zweier, zweifellos tuberkulöser Hautaffektionen vorkommt, und bei welchem die Folliclisкötchen an vielen Stellen konfluierend den Herden der Tuberculosis verrucosa cutis ganz analoge Hautveränderungen bilden, ist ein neuer Beweis für den tuberkulösen Ursprung der unter dem Namen der Tuberkulide zusammengefaßten Hautveränderungen;

b) einen Kranken mit Kerion Celsi (Trichophytiasis profunda capillitii).

16) Gámán stellt einen Fall von Pharyngomycose vor. In den Lakunen beider Tonsillen befinden sich zahlreiche gelblich-weiße Pröpfe, welche aus Detritus und Leptothrixfaden bestehen. Die Ansiedelung dieser Pilze wird neuerdings als sekundäre Erscheinung aufgefaßt und die Krankheit selbst als Keratose oder Hyperkeratose betrachtet und benannt.

17) Csiky (Klinik Marschalkós) berichtet über Befunde von Spirochaete pallida bei Lues. In sieben sicheren Syphilisfällen wurden die Spirochäten stets vorgefunden, in zwei nichtsyphilitischen Fällen dagegen vermißt. Untersucht wurden Sklerosen und Papeln. Unter den verschiedenen geprüften Färbungsmethoden wurde die von Giemsa am zweckmäßigsten gefunden. Die Spirochäten sind in den Geweben durchaus nicht gleichmäßig verteilt, sie sind manchmal sehr reichlich vorhanden, manchmal kaum zu finden. Schlüsse sollen aus diesen Untersuchungen noch nicht gezogen werden.

18) Kanitz (Klinik Marschalkós) demonstriert einen 63jähr. Patienten mit Dermatitis herpetiformis Duhring.

19) Gross stellt ein aus einer Bartholinischen Drüse hervorgewachsenes Karzinom vor, welches unter Resektion des Mastdarmes entfernt wurde. Die histologische Untersuchung zeigte ein atypisches Karzinom mit polymorphen Zellen. Als Ausgangspunkt der Geschwulst ist das Übergangsepithel des Ausführungsganges zu betrachten.

20) Veress (aus der Klinik Marschalkós) demonstriert a) ein Ekzema chronicum palmare;

b) auffallende Idiosynkrasie gegen Quecksilber. Die vorgestellte Patientin rieb sich gegen Pediculosis capitis 1⁰/₀ gelbe Quecksilberoxydsalbe ein. Es trat eine ungewöhnlich heftige Hautentzündung mit reichlicher Absonderung der Kopfhaut, des Gesichtes und des Halses auf. Die Idiosynkrasie könnte in dem Umstande eine Erklärung finden, daß die Pediculosis die Gesichtshaut empfindlicher und reaktionsfähiger macht;

c) Syphilis tertiaria nodosa faciei. Die Nase der Patientin ist dick und rot und mit zahlreichen, schinkenroten, hanfsamen- bis erbsengroßen, weichen, elastischen Knoten bedeckt, manche derselben zeigen eine oberflächliche Eiterung. An der Gesichtshaut kleine Narben.

21) Kanitz (Klinik Marschalkós) zeigt a) ein Antipyrinexanthem. Bei einem mit Jodkali behandelten Syphilitiker traten nach Darreichung von 0,5 g Antipyrin an der inneren Seite der oberen Extremitäten, in den Glutealgegenden, in den genitokruralen Falten, an den Unterschenkeln erythematöse Flecke in großer Ausdehnung nebst Jucken und Schüttelfieber auf. Der Vorgang wiederholte sich, als Pat. experimenti causa von neuem Antipyrin be-

kam, und zwar waren auffallenderweise genau dieselben Stellen der Haut ergriffen, als bei dem ersten Exanthem;

b) einen Patienten mit auffallend großen multiplen (fünf) Primärsklerosen an der Haut des Bauches, nebst vielen Papeln an der Bindehaut des oberen und unteren Augenlides;

c) mehrere mit Röntgen-Strahlen behandelte Hautkarzinome. Die Heilerfolge sind in allen Fällen günstig und beweisen die auffallend kurative Wirkung der Röntgen-Strahlen auf die epithelialen Gebilde der Haut. Unter den demonstrierten Fällen befinden sich nicht nur oberflächliche, cirkumskripte Formen, sondern auch Geschwülste von großer Ausdehnung.

22) Góth demonstriert einen schweren Fall von Gangraena phlegmonosa vulvae bei einer Schwangeren, welcher trotz des rapiden Gewebszerfalles fieberfrei verlief, und bei welchem trotz der schweren Erkrankung der äußeren Geschlechtsteile und der an diesen vorgenommenen energischen Operation kein Abortus erfolgte. Als Erreger des nekrotisierenden Prozesses konnten Streptokokken nachgewiesen werden.

23) Vessprémi zeigt anatomische Präparate einer tuberkulösen Harnröhrenstriktur, welche durch ein Trauma ausgelöst wurde. Bei der Sektion wurden am hinteren Teil der Harnröhre zwischen festen narbigen Geweben verkäste Höhlen und in diesen Steine gefunden. Im rechten Nebenhoden, im Vas deferens, in der Vesicula seminalis, ferner in der Harnblase und in der Vorsteherdrüse wurden ebenfalls tuberkulöse Geschwüre, käsige Knoten und Kavernen gefunden.

Diskussion: Makara meint auf Grund der klinischen Symptome, daß der primäre Herd in diesem Falle der Nebenhode war. Der Fall verdient umsomehr Aufmerksamkeit, da die Harnröhrentuberkulose gewöhnlich nicht zu Strikturen führt. Die Therapie ist bei einer so vorgeschrittenen Krankheit machtlos.

VI. Vermischtes.

— Der Verlag von Dr. Werner Klinkhardt in Leipzig hat die Vorarbeiten zur Herausgabe eines internationalen Archives für Urologie abgeschlossen, das unter dem Namen „Folia urologica“ erscheinen wird. Der Schriftleitung gehören an James Jsrael-Berlin, A. Kollmann-Leipzig, G. Kulisch-Halle, W. Tamms-Leipzig. Das Hauptgewicht soll auf größere Originalaufsätze (mit Tafeln und Abbildungen) in einer der vier Kongreßsprachen gelegt werden. Kurze Zusammenfassungen des Inhaltes in den übrigen drei Sprachen schließen sich jedesmal an, und zwar in Thesenform. Ferner gelangen zur Veröffentlichung „Ergebnisse der Urologie“, in denen feste Mitarbeiter unter kritischer Nachprüfung über die Fortschritte periodisch berichten. Endlich dient das Organ als Sammelstätte von Jahresberichten über die urologische Tätigkeit von Krankenhäusern, Kliniken usw. Um eine möglichst schnelle Veröffentlichung aktueller Arbeiten zu gewährleisten, erscheinen die Archivhefte in zwangloser Folge.

Um Einsendung von Separatabzügen und neuen Erscheinungen an den Herausgeber Dr. Max Joseph in Berlin W., Genthiner Strasse 5, wird gebeten.

Verlag von Veit & Comp. in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

DERMATOLOGISCHES CENTRALBLATT.

INTERNATIONALE RUNDSCHAU

AUF DEM GEBIETE DER HAUT- UND GESCHLECHTSKRANKHEITEN.

HERAUSGEGEBEN
VON
DR. MAX JOSEPH
IN BERLIN.

Zehnter **Jahrgang.**

Monatlich erscheint eine Nummer. Preis des Jahrganges 12 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie direkt von der Verlagsbuchhandlung VEIT & COMP. in Leipzig.

1907. **Mai.** **Nr. 8.**

I. Originalmitteilungen.

1. Zur internen Therapie der spitzen Kondylome.

Von **Axel Cedercreutz** in Helsingfors (Finnland).

Alle Dermatologen wissen, daß die Verrucae planae juveniles durch innerliche Mittel vertrieben werden können. Von den Mitteln, die zu diesem Zwecke benutzt worden sind, können in erster Reihe Arsenpräparate und Magnesiumsalze, besonders das Magnesium sulfuricum,[1] erwähnt werden. Da auch mir bei der Behandlung von flachen Warzen die interne As-Therapie oft gute Resultate geliefert hatte, wollte ich auch die Wirkung innerlicher As-Gaben auf spitze Kondylome prüfen. Blaschko[2] hat ja darauf hingewiesen, daß das ätiologische Moment der flachen Warzen und der spitzen Kondylome „entweder dasselbe oder ein nahe verwandtes sein muß, und daß die verschiedene äußere Form wohl dadurch bedingt ist, auf welchem Boden sich die Affektion entwickelt“.

Nachdem ich meine Untersuchungen bereits begonnen hatte, bekam ich die Arbeit Aronstams zu Gesicht,[3] in welcher er die interne Behandlung der Condylomata acuminata für beachtenswert hält. Er beobachtete selbst, daß „Papillome durch den Gebrauch von Magnesia sulfurica in kleinen Gaben allmählich verschwanden“, und führt an, daß andere dieselbe Wirkung bei Anwendung von Calcium hydratum, von Tinctura Cocci Cacti (dreimal täglich 0,6) bei lange fortgesetztem Gebrauch von Tinctura Thujae occidentalis (1,0—2,0) oder von Solutio Fowleri oder von Kaliumpermanganat (in Dosen von 0,03) oder von chlorsaurem Kali gesehen haben. Amerikanische Dermatologen sollen die Wirkungen von Echinacea angustifolia, die innerlich in steigender Menge genommen und auch äußerlich appliziert wird, loben.

---

[1] A. Hall, A note on the treatment of multiple warts by the internal use of magnesium salt. Brit. Journ. of Dermatol. 1904. S. 262.

[2] Blaschko, Fall von gleichzeitigem Auftreten von flachen Warzen und spitzen Kondylomen. Berliner dermatolog. Gesellschaft. Dermatolog. Zeitschr. 1904. S. 435.

[3] N. E. Aronstam, Papilloma giganteum der Genitalien. Dermatolog. Zeitschrift. 1906. S. 829.

Da die durch innerliche Mittel in den spitzen Kondylomen hervorgerufenen histologischen Veränderungen meines Wissens bisher nicht beschrieben worden sind, habe ich es versucht, die durch As-Darreichung verursachten Veränderungen etwas näher zu studieren.

In drei Fällen habe ich mit Erfolg bei spitzen Kondylomen As innerlich gegeben.

Die Krankengeschichten sind in aller Kürze folgende:

Fall I. Geschäftsmann, 34 Jahre. Gonorrhoe vor 4 Jahren. Spitze Warzen seit einigen Wochen.

6. Sept. 1906. Der ganze Sulcus coronarius ist mit bis erbsengroßen spitzen Kondylomen besetzt. Kein Ausfluß. Urin klar. Die meisten Kondylome werden exstirpiert und ihre Wurzeln mit Liq. ferri sesq. kauterisiert.

29. Sept. Eine erbsengroße Gruppe von Kondylomen ist zurück. — Pat. bekommt Pilul. asiaticae 1—5 pro die, alle fünf Tage um 1 Pille zu steigern.

12. Nov. Pat. hat 200 Pillen à 5 mg Acidi arsenicosi genommen. Da die Kondylome eher etwas zugenommen haben, werden sie sämtlich exstirpiert und mit Liq. ferri sesq. geätzt.

11. Dez. Wieder kleine bis linsengroße rezidivierende Kondylome. Sol. arsenical. Fowleri 2—3mal 10 Tropfen täglich.

16. Januar 1907. Pat. hat 30 g Sol. Fowleri genommen. Alle Kondylome verschwunden. Während der ganzen Zeit keine Lokalbehandlung.

Von den am 6. Sept. und am 12. Nov. exstirpierten Kondylomen wurden histologische Präparate angefertigt. 10 % Formalin, Paraffineinbettung v. Gieson.

Histologie: Die am 12. Nov. exstirpierten Kondylome sind ziemlich stark verhornt. Sie zeigen ein verdichtetes Bindegewebe und eine stark ausgeprägte kleinzellige Infiltration desselben. An einigen Blutgefäßen sind manche der Intimazellen verschieden stark angeschwollen. Die Gefäßwandungen sind sonst normal.

Fall II. Dienstmädchen, 22 Jahre. Warzen seit 3 Monaten, gibt an, nie geschlechtskrank gewesen zu sein.

24. Okt. 1906. Beide Labia majora und die Innenseiten der Oberschenkel sind mit bis erbsengroßen Kondylomen dicht besät. Etwas Fluor. Keine Gonorrhoe. Einige Kondylome werden exstirpiert. Spülungen mit verdünntem Holzessig verordnet. Pilul. asiat. 1—5 täglich nach dem Essen.

26. Febr. 1907. Patientin hat 400 Pillen à 0,005 Acidi arsenicosi genommen. Die Kondylome sind bis auf drei kleine an der Außenseite des einen Labium majus verschwunden. Auf Wunsch der Patientin werden diese, da sie fest ansitzen, mit dem scharfen Löffel entfernt.

Histologie: Die am 26. Febr. entfernten Kondylome zeigen eine sehr starke Verhornung des Epithels. Das papilläre Bindegewebe ist verdickt und größtenteils zu fibrösen Bündeln geordnet, die auf die Blutgefäße sogar eine Kompression ausüben. In dem Bindegewebe ist eine ausgeprägte, kleinzellige Infiltration vorhanden. Die Wände der kleinen Blutgefäße, besonders ihrer Intima, sind an mehreren Stellen stark verdickt, und die Intimazellen und oft ungleich stark geschwollen.

Fall III. Stud. med., 27 Jahre. Im Dez. 1905 eine Gonorrhoe, die am 8. Jan. 1906 kuriert war. Im August 1906 suchte mich Pat. wieder in meiner Sprechstunde auf, um von spitzen Kondylomen befreit zu werden. Einige bis linsengroße Kondylome werden mit dem scharfen Löffel entfernt und ihre Wurzeln geätzt.

Am 17. Sept. Neue Gonorrhoe, im Anschluß daran begannen die Kondylome wieder zu wachsen.

11. Okt. Exstirpation und Kauterisation.

30. Okt. Rezidivierende Kondylome, von welchen besonders einige flache, auf der Glans sitzende, unbequem zu exstirpieren waren. Pilul. asiat. 1—5 Pillen täglich.

6. Nov. Gonorrhoe unter Protargolbehandlung geheilt.

1. Dez. Von den Kondylomen sind nur ein paar geschrumpfte Reste an der Glans im Sulcus coronarius zurück. Diese lassen sich leicht und ohne Blutung mit den Fingern entfernen. Pat. erzählt, daß alle Warzen auf dieselbe Weise abgeschnürt und abgefallen sind. Er hatte 100 Pillen à 0,005 Acidi arsenicosi genommen und ist seitdem von Kondylomen frei geblieben.

Histologie: Die am 1. Dez. entfernten Kondylome zeigen eine Verdichtung und Vermehrung des papillären Bindegewebes und eine starke kleinzellige Infiltration desselben. In mehreren Blutgefäßen können Thrombenbildungen und sogar organisierte Thromben nachgewiesen werden, indem die Intimazellen geschwollen, unregelmäßig gestaltet und von den Gefäßwänden losgelöst sind, während von den Gefäßwänden Fibroblasten und bindegewebige Ausläufer in das Lumen der Gefäße hineinragen.

Mit Polychrom-Methylenblau gefärbte Präparate bieten nichts besonderes.

Durch Weigertsche Elastinfärbung können keine Veränderungen in den elastischen Fasern nachgewiesen werden.

Die histologischen Veränderungen, welche nach genügender As-Therapie in den spitzen Kondylomen auftreten, sind, soweit man aus meinen drei Fällen schließen kann, folgende:

1) Das Bindegewebe wird verdichtet, vermehrt und oft zu groben Büscheln geordnet. Die Bindegewebsproliferation kann sogar an einigen Stellen eine Kompression auf die Gefäße ausüben.

2) In dem Bindegewebe ist eine starke kleinzellige Infiltration vorhanden.

3) An den Blutgefäßen bemerkt man folgendes: Die Endothelzellen schwellen an, bekommen oft eine etwas veränderte Form und lösen sich stellenweise von den Gefäßwandungen ab. Die Intima wird verdickt und Fibroblasten wachsen in die Gefäße hinein, wodurch allmählich organisierte Thromben entstehen.

Diese Erscheinungen stimmen gut mit der Erfahrung Jadassohns[1] überein, daß bei Dermatosen, die durch As zur Heilung gebracht werden

[1] J. Jadassohn, Beiträge zur Kenntnis des Lichen, nebst einigen Bemerkungen zur Arsentherapie. Archiv f. Dermatolog. u. Syphilis. 1900. S. 877. Ergänzungsband.

können, die innerliche As-Therapie eine entzündliche, spezifische Lokalreaktion hervorrufen kann. Wie Jadassohn hervorhebt, hat auch Lewin gefunden, daß „nach innerlicher Darreichung von Fowlerscher Lösung an Drüsengeschwülsten entzündliche Veränderungen auftreten können (selbst bis zur Eiterung)".

Überblickt man meine Fälle, so findet man, daß die Kondylome der As-Therapie gegenüber eine recht verschiedene Resistenz zeigten. Im Falle III waren 100 und im Falle II 400 Pilul. asiat. nötig, um Resultate zu erzielen. Aus den histologischen Untersuchungen geht hervor, daß stark verhornte Kondylome am langsamsten verschwanden. Dieses war ja auch zu erwarten, denn es ist allgemein bekannt, daß die interne As-Therapie auf harte Warzen keine Wirkung hat, und daß die stark verhornten Lichenformen vom As viel weniger beeinflußt werden als die übrigen.

Meine drei Fälle bestätigen die Ansicht, daß wenigstens in einigen Fällen spitze Kondylome durch innerliche Mittel zum Verschwinden gebracht werden können.

Praktisch wird wohl die interne Therapie bei den spitzen Kondylomen keine größere Anwendung finden. Sie stellt zu große Anforderungen an die Geduld der Patienten, und die chirurgische Behandlung wird wohl deshalb im allgemeinen bevorzugt werden. Bei sehr messerscheuen Patienten könnte jedenfalls immer die interne Therapie Beachtung finden, und wenn die Kondylome in der Harnröhre ihren Sitz haben, sollte sie, um den Patienten die großen Schmerzen, welche mit einer mechanischen Behandlung[1] verbunden sind, zu ersparen, immer versucht werden.

Auch könnte die innerliche Therapie benutzt werden, um bei chirurgischer Behandlung Rezidive zu verhüten und vielleicht sogar bei Papillomen der Harnblase, wenn der Kranke eine Operation absolut ablehnt.

Herrn Prof. Dr. Rudolf Kolster, welcher mir bei der Deutung meiner histologischen Präparate behilflich gewesen ist, spreche ich auch an dieser Stelle meinen herzlichsten Dank aus. Für die Einräumung eines Arbeitsplatzes im anatomischen Institut bin ich Herrn Prof. Dr. Hj. Grönroos zu Dank verpflichtet.

---

2. Noch einiges über Crurin.

Von Dr. Mil. K. Savićević in Belgrad.

In diesem Centralblatt war schon öfters die Rede über Crurin, aber es scheint mir, daß immer doch sehr wichtige Vorteile des Crurin un-

[1] J. J. Karvonen, Zur Behandlung der Papillome der Harnröhre. Dermatolog. Centralblatt. 1901. S. 258.

erwähnt geblieben sind. Ich habe ausschließlich Crurin bei **venerischen Helkosen und Sklerosen** angewendet, sowohl in der Privat- als auch in der Spitalpraxis. Crurin macht bei unbehandelten Geschwüren die Karbolätzung sowie Vereisung (z. B. mit Chloräthyl) entbehrlich, so daß nach 3—4maliger Anwendung von Crurin die Wunde ganz rein, mit genügender Granulation zu Tage liegt. Die Geschwüre, die mit reiner Karbolsäure kauterisiert wurden und weiter mit Jodoform behandelt, erwiesen keine schnellere Heilung als die, die von Anfang nur mit Crurin behandelt wurden. Die Schmerzen, die sich bei Crurinanwendung einstellen, sind von so kurzer Dauer, daß sie ganz vernachläßigt werden können.

Bei den Patienten, die keinen Reinlichkeitssinn haben, möchte ich jedoch Crurin nicht für indiziert halten, weil die abgestoßenen Fetzen von schlechten Granulationen und sonstigem Schmutz, die sich beim Crurin viel bilden, störend auf die Heilung von Geschwüren wirken.

Einige Male habe ich Kranke gehabt, die außer Ulcera (mollia seu dura) auch spitze Kondylomen hatten; am Schluß der Behandlung, als die Ulcera geheilt waren, war ich überrascht, daß keine Kondylomen da waren. Seit der Zeit pflege ich Kondylome bei messerscheuen Patienten mit Crurin zu behandeln und die Resultate sind sehr zufriedenstellend.

---

3. Cylinder im Prostatasekret.

Von Dr. **Berthold Goldberg** in Wildungen.

Bereits vor mehreren Jahren habe ich in einem Falle in dem aus einer erkrankten Prostata exprimierten Sekret Gebilde gesehen, welche mit den bekannten Harncylindern bei Nephritis die größte Ähnlichkeit besaßen. Nachdem aber niemals und nirgendwo bis dahin solche Befunde berichtet waren, wollte ich auf eine Einzelbeobachtung noch nicht einen vollkommen neuen und wichtigen Befund stützen. Im letzten Jahre habe ich nun aber in drei weiteren Fällen in dem aus der erkrankten Prostata exprimierten Sekret Cylinder gefunden. Ich werde die Fälle zunächst kurz berichten.

Fall I, 3755. 76jähriger, rüstiger Mann. Seit 6 Jahren prostatische Dysurie, zweimal akute komplette Retentio urinae, seit Jahren Cystitis, nur während der Verhaltungen katheterisiert. Nie geschlechtskrank. Miktion bei Tage 1—2stündlich, nachts 6—8mal. Allgemeinzustand gut; Arteriosklerose. Harn neutral, trüb, Leukocyten, Kokken, seltene Epithelien, keine Salzniederschläge, keine Erythrocyten, keine renalen Elemente, s = 1020, in einer Stunde 75 g; im Filtrat etwa $^1/_4\,^0/_{00}$ Albumin. Prostata nicht vergrößert, halbhart, zum Teil elastisch, auf Druck spärliches Sekret; dasselbe ist grau, zähschleimigflockig, besteht vorwiegend aus Leukocyten; sehr viele kleine und

große Lecithinkörner; einige Cylinder aus Leukocyten, Fettröpfchen und Detritus, $^1/_2$—$^1/_1$ Gesichtsfeld lang, etwa 2 Epithelien breit.

Fall II, 3965. 30jähriger lediger Mann. Vor $^1/_2$ Jahren eine Gonorrhoe, noch immer Tripperfäden und unbestimmte Beschwerden in Glied und Mastdarm. Sonst gesund. Spärliche gonokokkenfreie Urethritis anterior et postorior. In beiden Harnportionen Eiterfädchen, mehr kürzere, als lange, in der zweiten Portion mehr als in der ersten. Prostata halbhart, elastisch zum Teil, nicht ganz symmetrisch; auf Druck reichlich milchiges, fast homogenes Sekret, darauf reichlich Samenblaseninhalt. Prostatasekret und Samenblasensekret sind auf verschiedenen Objektträgern getrennt aufgefangen. Im Prostatasekret reichlich Fettkörnchen, wenige Lecithinkugeln, einige Leukocyten, ein Cylinder. Derselbe ist bei Objektiv Zeiß D, Oc. 4 gesehen über ein Gesichtsfeld lang, also etwa $^1/_4$ mm, und etwa 4 Leukocyten; also 20—30 Mikromillimeter breit. Er ist vollkommen fest zusammengefügt und hat vollkommen scharf begrenzte, ganz regelmäßige Cylinderform, an einem Ende etwas verbreitert. Er schwimmt als ganzes mit dem Präparat auf dem Objektivträger. Er ist zusammengesetzt aus Leukocyten und Epithelien. Mit Methylenblau gefärbt und bei $^1/_{12}$ Ölimmersion Okul. 4 Leitz nach der Natur gezeichnet ist er auf beifolgender Zeichnung wiedergegeben. (Fig. 1)



Fig. 1. Olimm. $^1/_{12}$, Oc. 4. Methylenblaufärbung.
Cylinder aus Prostatasekret mit Methylenblau gefärbt, bei 1000facher Vergrößerung.

23. März, Prostatasekret sehr reichlich, schleimige Milch; größte Menge von feinsten Fettkörnchen; reichliche Anhäufungen von Lecithin, ein aus Lecithin bestehender Cylinder. Harn klar, eiweißfrei.

Fall III, 4070. 48 Jahre, seit $^3/_4$ Jahren erste Gonorrhoe; jetzt Urethritis, Prostatitis interstitialis diffusa. Harn klar, eiweißfrei. Prostata groß, hart, unelastisch, asymmetrisch, auf Druck leicht reichlich Sekret. Dasselbe ist schleimflockig, alkalisch, weißlichgrau. Es enthält: Massenhaft Leukocyten, teils einzeln, teils in kleinen Konglomeraten, seltene Epithelien, einzelne Amyloide, viele teils degenerierte, unbewegliche Spermatozoen, viele Lecithinkugeln, einen Cylinder, vollkommen gleich den bei Nephritis beobachteten granulierten Cylindern, 100 Mikro lang, 15—20 Mikro breit. (Fig. 2.)

Dr. Haeners (Annales Gujon, 1902) hat bei einer subakuten Gonorrhoe mit starker Pyurie, Albuminurie und Prostatitis, Cylinder im Urin und im Prostatasekret gefunden; da aber ein Jahr vorher auf Grund von Albuminurie und Cylindrurie bei dem Pat. Nephritis diagnostiziert war, da auch diesmal der Spontanurin die Cylinder aufwies, da eine beträchtliche Albuminurie des Harnsekrets vorhanden war, da endlich der Nachweis der

Provenienz der Cylinder aus der Prostata zweifelhaft bleibt durch profuse Eiterung der gesamten Harnröhre und der Blase, von der das exprimierte Sekret schwer gereinigt werden kann, so vermag ich diesen Befund von Prostatacylindern als einwandsfrei nicht anzusehen.

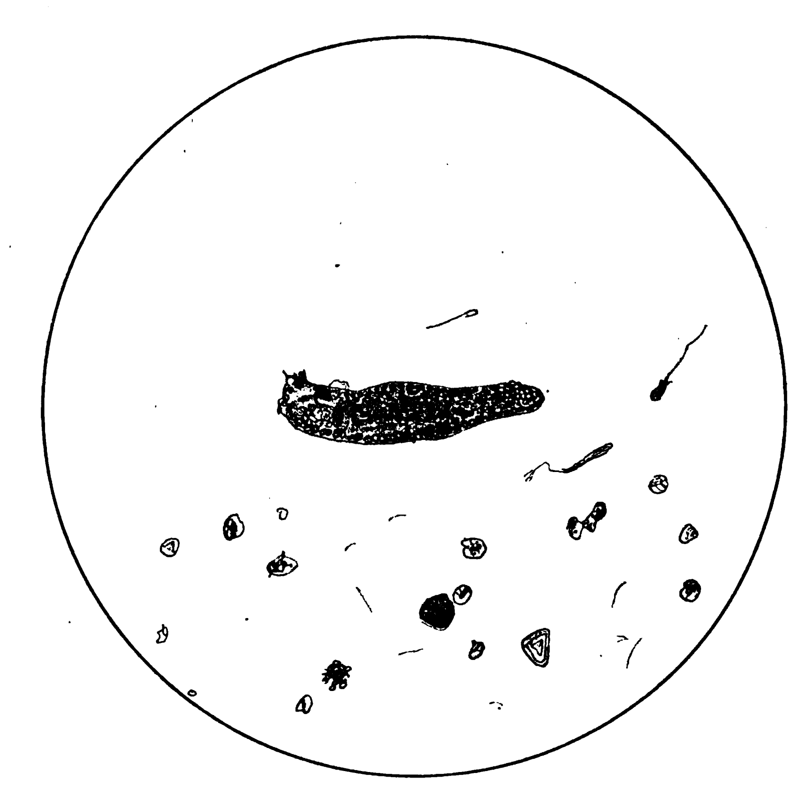


Fig. 2. Zeiss D, Oc. 4, frisch.
Prostatasekret mit Fetttröpfchen-(Lecithin-)Cylinder, frisch bei etwa 350facher Vergrößerung nach der Natur gezeichnet; man sieht außerdem Leukocyten, Spermatozoen, eine Lecithinkugel, ein Amyloid.

Es sind also zwei Arten von Cylindern, die im Prostatasekret vorkommen. Die eine Art besteht aus Lecithinkörnern. Die absolute Übereinstimmung der in den Cylindern befindlichen Masse mit der in den bekannten Lecithinkugeln befindlichen Masse im mikroskopischen Bilde läßt hieran einen Zweifel gar nicht aufkommen. Die andere Art ist den Sammelröhrenausgüssen, die man bei Pyelonephritis bisweilen sieht, durch Länge, Breite und Bestandteile — Epithelien, Leukocyten, Fettkörnchen, Detritus — ähnlich. Daß sich in einer Drüse mit zahlreichen Kanälen und Kanälchen bei einer Entzündung aus den Absonderungen der Drüse und den Absonderungen der Entzündung cylindrische Gebilde zusammenfügen können, ist gar nicht erstaunlich. Die von mir angegebene Breite

dieser Ausgußcylinder — 30 Mikro — stimmt mit der von Henle gemessenen Breite der feinsten Ausführungsgänge überein (Durchmesser der feinsten Gänge 0,03 mm). Mit dem Harn ist das Material, in welchem ich die Cylinder auffand, in keiner Weise in Berührung gekommen.

Schluß: Preßt sich eine Cylinder enthaltende Prostata selbsttätig aus, so daß ihre Absonderung in den Harn gelangt, so ist die Möglichkeit gegeben, daß die Cylinder eine Pyelonephritis oder Nephritis vortäuschen, die gar nicht besteht.

II. Referate.

Allgemeine Pathologie und Therapie.

1) **Über die Wirkung des Uviollichtes auf die Haut und deren therapeutische Verwendung in der Dermatologie,** von Carl Stern und Hesse. (Münchener med. Wochenschrift. 1907. Nr. 7.)

In der Uviollampe besitzen wir eine schätzenswerte Bereicherung unseres therapeutischen Rüstzeuges. Über die Indikationen zu ihrer Anwendung, sowie über den Grad ihrer Wirkungsweise muß im Original nachgelesen werden.

G. Trautmann-München.

2) **Die Anwendung des Lichtes in der Dermatologie,** von Kromayer. (Berliner klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 3—5.)

Verf. berichtet über Krankheiten, bei denen mit dem Quecksilberlicht der Quarz-Wasserlampe Erfolge erzielt werden, die auf andere Weise nicht erzielt werden können. Unter Mitteilung von 6 Fällen, kommt er zunächst zu dem Schluß, daß eine Gruppe von roten Muttermälern, und zwar die auf Erweiterung der Kapillaren beruhenden diffusen Naevi von blauroter Farbe zu beseitigen sind. Bei Beteiligung von Arterien ist zwar eine als Heilung imponierende Besserung zu erzielen, aber es treten alsbald Rezidive ein. Bei Beteiligung von Arterien und Venen ist überhaupt nur eine geringe und bald wieder verschwindende Besserung zu erzielen. Weiterhin werden 4 Fälle von Lup. vulg. als vorläufig geheilt (in dem ersten trat ein Rezidiv nach 6 Monaten auf) mitgeteilt, von denen zwei Rezidive waren, der erste erfolglos mit Finsen behandelt war. In anderen Fällen mußte der zu starken Reaktion wegen mit der Behandlung abgebrochen werden. 2 Fälle von Lup. erythemat. wurden geheilt, eine dritte, sehr reizbare Form vergrößerte sich. Bei Alopecia haben sich die ungünstigen Resultate bei schweren Fällen vermehrt, indem durch Rezidive das erzielte Resultat wieder vernichtet wurde. Trotzdem hält Verf. das Licht für das sicherste Mittel, um ein Wiederwachsen der Haare anzuregen. Bei Alopecia pityrod. ist bei eingetretener Atrophie das Licht wirkungslos. Zu beeinflussen sind Fälle, in denen der Haarwuchs noch gut erhalten ist. Aber im allgemeinen sind die Resultate ungünstig, und eine Lichtbehandlung ist nicht zu empfehlen. Ekzeme wurden nur wenig behandelt. Bei einem monatelang mit Salben usw. behandelten Bläschenekzem der Handrücken und Vorderarme trat heftige Entzündung auf, unter welcher die Bläschen verschwanden und nach 10 Tagen anscheinend normale Haut zutage trat. Rezidiv nach einigen Wochen. Ein lange be-

stehendes. Ekz. seborrh. in Nacken, Stirn, Haargrenze, Haaren war geheilt, nachdem an drei aufeinanderfolgenden Tagen belichtet und nach 14 Tagen dies wiederholt war. Fälle von Acne vulg., Furunkel, Sycosis wurden geheilt. Bei Teleangiektasien, Acne rosacea, Rinophyma ist in vielen Fällen, in denen andere Mittel versagen, das Licht mit Freude zu begrüßen. Verf. glaubt, daß die Lichtbehandlung in der Dermatologie sich einen dauernden Platz erobern und sich auch in anderen Disziplinen Eingang verschaffen wird, sobald es nur gelingt, passende Lampenformen zu finden. Lengefeld-Brandenburg a/H.

3) **Neue Bergkristallansätze für die Lichtbehandlung von Schleimhäuten,** von Theodor Schüler. (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 12.)

Verf. ist der Ansicht, daß das Quecksilberdampflicht sich besonders zur Behandlung der Harnröhre und der Vagina eignet. Da die Lichtwirkung in der ganzen Länge der bisher benutzten Ansätze nicht notwendig ist, nahm Verf. einen massiven Ansatz ohne kegelförmigen Anfang, bei dem nur das vordere Ende intensiv leuchtet, oder er versah den kegelförmigen Ansatz mit einem Metallmantel, so daß nur etwa $^1/_5$ des Ansatzes frei blieb, welches dann leuchtete. Schourp-Danzig.

4) **Le groupe des maladies dites séborrhoiques. La kérose,** par Darier. (Annales de dermatologie. 1907. Nr. 1.)

Verf. stellt zunächst fest, daß über den Begriff Seborrhoe eine große Meinungsverschiedenheit bei den verschiedenen Autoren herrscht. Doch glaubt er, daß sie mehr die gebrauchten Werte als die damit verbundenen Ideen betrifft. Es würde dann genügen, die Frage genau zu studieren und sich zu verständigen. Das ist auch der Zweck von Verf.'s Arbeit. Zunächst bespricht er die Geschichte der Seborrhoe und der damit verbundenen Affektionen. Die Pityriasis wurde schon beschrieben und charakterisiert von Willan, die Seborrhoe von Alibert; Biett und Rayer zeigten, daß die Fettsekretion der Haut allein für sich bestehen kann. Fuchs-Göttingen hat den Ausdruck Seborrhoe zuerst angewandt. Alle Autoren erkannten an, daß die Pityriasis zum Ekzem in Beziehungen stehe. Namentlich wurde dies von F. Hebra betont. Er unterschied eine Seborrhoea oleosa und eine Seborrhoea sicca. Als letztere ist aber die Pityriasis die einfache Schuppung z. B. der Kopfhaut von Hebra und Kaposi bezeichnet. Dies bezeichnet Verf. als falsch und von Pohl (Pincus), Harlingen, Piffard ist nachgewiesen, daß die Schuppen der Pityriasis nur eine Exfoliation der Haut darstellen und nicht eine Seborrhoe. Unna hat dann 1887 das Krankheitsbild Ekzema seborrhoicum aufgestellt. Die Pityriasis capitis betrachtet Unna als eine entzündliche Dermatose, einen trockenen Katarrh. Sabouraud hat das Ekzema seborrhoicum völlig verworfen; für ihn ist die Seborrhoe bakterieller Natur. Der Erreger produziert Krankheitserscheinungen nacheinander, die Hypersekretion der Talgdrüsen, die Atrophie der Haarpapille, dann der Tod des Haares. Indem Ref. die Ansichten von Jacquet, Besnier und Brocq, welche Verf. zitiert, übergeht, kommt er zu den Schlüssen, welche Verf. aus seinem historischen Rückblick zieht: Man kann die Pityriasis von Willan, die Seborrhoe von Fuchs, die Kahlheit, die Seborrhoe oleosa, die Akne, das seborrhoische Ezem usw. als verschiedene Krankheitsbegriffe beschreiben, aber diese Affektionen haben so enge Beziehungen, sie kommen so oft zusammen vor, daß ihre Trennung unnatürlich erscheint, daß sie ein Hindernis für eine genaue Diagnose wird. Wie soll man z. B. nach Verf. folgenden häufig vorkommenden Fall deuten? Ein junges Mädchen verliert seine Haare,

zeigt eine leichte Pityriasis capitis, etwas Seborrhoe der Nase, einige Komedonen und Aknepusteln auf Gesicht und Schultern, einige fettige Krusten auf leicht geröteter nässender Oberfläche hinter den Ohren. Soll man sagen, daß hier vier oder fünf verschiedene Krankheiten vorliegen? Aus all diesen Gründen schlägt Verf. für dieses Gesamtbild einen neuen Namen vor, nämlich „Kerosis". Im zweiten Teile beschreibt nun Verf. diese Kerose genauer. „Die Kerosis ist ein Krankheitszustand der Haut, charakterisiert durch eine gelbliche oder graue Hautfärbung, mit deutlich ausgeprägten Follikelöffnungen, mit einer Konsistenz, bald fettig, bald trocken, mit Neigung zu kleienförmiger Abschuppung und einer besonderen Empfindlichkeit der Haut, welche sie prädisponiert zu Infektionen ihrer Oberfläche." Im weiteren beschreibt Verf. genauer die einzelnen Erscheinungsweisen der Kerosis, das ist die bisher als selbständig geltenden Krankheiten Pityriasis, Ekzema seborrhoicum, Hyperhidrosis usw. Bezüglich der Ätiologie der Kerosis spielt zunächst die Heredität eine Rolle, dann das Lebensalter, indem die Krankheit vor allem in den Entwicklungsjahren auftritt, dann auch Störungen der Sexualorgane, endlich Störungen des Magendarmtraktus. Ätiologisch wären noch hervorzuheben, Störungen des nervösen Apparates und lokale Ursachen (Krankheiten der Nase, Ohren usw.). Was die bei der Kerosis vorkommenden Bakterien anbetrifft, spricht er sich folgendermaßen aus: Die Pityriasis und die Seborrhoe können ohne Einwirkung von Bakterien bestehen. Die bei der Kerosis zu findenden Organismen, die Malassezsche Sporen, der Mikrobacillus von Sabouraud üben nach Verf. vielleicht einen Einfluß auf den Gang der Erkrankung aus, daß sie aber Erreger der Krankheit sind, will Verf. nicht behaupten. Anders verhält es sich mit dem polymorphen Coccus, der sicher eine pathogene Wirkung besitzt. Bezüglich der Entwicklung der Kerosis stellt Verf. fest, daß die einzelnen Modifikationen ziemlich regelmäßig erscheinen: Mit 8—10 Jahren die Pityriasis sicca, welche gegen das 10. bis 14. Jahr sich in die Pityriasis oleosa verwandelt. Während der Pubertät erscheint die Seborrhoe des Gesichtes, zwischen dem 15. und 25. Jahre die Akne, zwischen dem 25. und 30. Jahre, in schweren Fällen schon zwischen dem 18. und 20. Jahre die Alopecie der Männer. Später zwischen dem 40. und 50. Jahre kommt die Acne rosacea (manchmal auch früher), mit dem Eintritt des Greisenalters geht die Kerose zurück und verschwindet schließlich. Der Kerosis noch anzugliedern wäre die Vernix caseosa und die miliäre Akne der Neugeborenen, vielleicht auch die Crusta lactosa, die seborrhoischen und senilen Warzen. Nosologisch betrachtet Verf. die Kerose als eine Dystrophie örtlich, leichter Natur, schwer nur wegen der Komplikationen, zu denen sie führt. Die Diagnose ist meist leicht; nur die Ichthyosis käme in Frage. Doch ist auch sie leicht auszuschließen, da sie das Gesicht nicht befällt, dagegen mit Vorliebe die Streckseiten der Extremitäten. Auch die Keratosis pilaris ist leicht von der Kerosis zu unterscheiden. Die Behandlung richtet sich nach den einzelnen Formen der Kerosis und ist allgemein bekannt. Auch eine Therapie der allgemeinen Störungen (siehe die Ätiologie) ist dabei notwendig. Auf diese Weise ist es möglich, die einzelnen Erscheinungen der Kerosis zu bessern oder gänzlich zum Verschwinden zu bringen; diese selbst aber zu beseitigen, dürfte nicht gelingen. Raff-Augsburg.

5) **Contribution à la bactériologie des glandes sébacées**, par Kallé et Civatte. (Annales de dermatologie. 1907. Nr. 3.)

Die Verff. untersuchten bakteriologisch Komedonen und die Produkte

der Seborrhoe des Gesichtes. Kulturell fanden sie auf verschiedenen aëroben Medien schon in der ersten Generation nur wenige Kolonien, schon die dritte Generation blieb oft steril. Konstant erhielten sie auf allen aëroben Medien nur einen Organismus in geringer Häufigkeit, den die Verff. „micrococque blanc polymorphe" nennen und der auf gesunder und kranker Haut häufig vorkommt; manchmal erhielten sie den „bacillus pseudodiphteriticus"; auf anaëroben Medien (Zuckeragar nach Liborins und Veilbon) erhielten die Verff. nach 4 Tagen zahlreiche eiförmige Kolonien eines feinen, schwer färbbaren, nach Gram sich färbenden, rein anaëroben Bazillus, der das Agar verflüssigt und schließlich eine braune Färbung in seinen Kolonien annimmt. Er ist identisch mit dem Bazillus, den man bei der einfachen mikroskopischen Untersuchung des Komedo oder der Produkte der Seborhoe findet. Die Verff. betonen, daß dieser Bazillus noch nie beschrieben wurde; jedenfalls ist er nicht identisch mit dem Bazillus der Seborrhoe von Sabouraud. Er ist rein anaërob und die Verff. meinen, es sei das erste Mal, daß ein anaërober Mikroorganismus die Dermatologen näher interessiert. Raff-Augsburg.

6) **Hydrargyrum praecipitatum album pultiforme**, von Hans Vörner. (Deutsche med. Wohenschrift. 1907. Nr. 10.)

Das Bestreben, in Salbenkörpern eine möglichst feine Verteilung des Medikamentes zu besitzen, veranlaßte Verf., die weiße Präzipitalsalbe als Ungientum praecipitatum mercurii albi pultiforme zu verordnen. Er fand, daß der Heilprozeß bei Anwendung dieser Salbe sich schneller vollzog, und daß die Salbe von geringerer Reizbarkeit auf die Haut war, so daß ihre Anwendung nicht so leicht eine Dermatitis erzeugt, wie die Salbe der alten Verordnung. Auch zur Inunktionskur bei Syphilis verwandte Verf. die Salbe mit dem Ergebnis, daß die Symptome ebenso gut zurückgingen, als wie bei Anwendung der grauen Salbe. Schourp-Danzig.

7) **Ein neues Saccharimeter**, von L. E. Walbum. (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 11.)

Ähnlich dem Esbachschen Albuminimeter hat Verf. ein Titrierungsrohr angegeben, in welches 5 ccm Fehlingscher Lösung und verdünnter Harn gegossen worden war. Nach Erhitzen wird von der Skala das Resultat des Zuckergehaltes abgelesen. Eine Vergleichstabelle macht die Genauigkeit der Methode ersichtlich, deren Vorteil darin besteht, daß eine genaue Zuckeranalyse nach einiger Übung in etwa 5 Minuten ausführbar ist. Schourp-Danzig.

8) **Über sogenannte Knotenbildung in den Haaren**, von E. Saalfeld. (Med. Klinik. 1907. Nr. 5.)

Diese makroskopisch als Knoten erscheinende Veränderung am Haar erweist sich mikroskopisch als Schleifenbildung und ist mechanischen Ursprungs, wie infolge ungeschickten Kämmens oder Durchwühlens der Haare, und meistens bei Patienten, welche an Jucken der betreffenden Gegend leiden, vorhanden. Gleichzeitig kann nebenher eine Trichorrhexis vorkommen.

F. Biberstein-Gleiwitz.

Entzündliche Dermatosen.

9) **Eigentümliches Verhalten einer transplantierten ichthyotischen Hautpartie**, von Ernst Eitner. (Monatsh. f. prakt. Dermatologie. XLIV. Nr. 6.)

Ein jetzt 24jähriger Mann mit Ichthyosis nitida litt vor 10 Jahren an einer Phlegmone im unteren Drittel des rechten Unterschenkels bis an den

Fußrücken, infolge deren eine Transplantation nach Thiersch von der Haut des Oberschenkels vorgenommen wurde. Entsprechend den Transplantationslappen sind auf dem rechten Fußrücken jetzt ichthyotische Herde entstanden, während die übrige Haut des Fußes keine ichthyotische Beschaffenheit erkennen läßt. Von bemerkenswerter Wichtigkeit ist, daß die ichthyotische Veränderung an dem Standorte der Lappen ganz geringgradig war, während die transplantierten Lappen Ichthyosis-hystrix-Form angenommen haben. Es ist also durch die Transplantation irgend eine Summierung der für das Zustandekommen der Ichthyosis erforderlichen Ursachen entstanden. Ein histologischer Befund dieser Stellen fehlt. Die Anschauung der meisten Autoren, welche die Ichthyosis als angeborene Mißbildung der Haut auffassen, genügt nicht zur speziellen Erklärung der Exacerbation an den Transplantationsstellen.

Schourp-Danzig.

10) **Kann Lichen ruber planus eine Unfallfolge sein?** von Julius Heller. (Med. Klinik. 1907. Nr. 7.)

Von der Narbe einer bei einem Unfall zugezogenen leichten Handwunde aus entwickelte sich 6 Wochen nach dem Unfall ein auch den Rücken und die übrigen Gliedmaßen befallender Lichen ruber planus. Bei der Entscheidung der Frage, ob dieser auf den Unfall zurückgeführt werden müsse, ist entweder eine Ursache im Centralnervensystem oder eine Infektion zu berücksichtigen. Eine Affektion des Nervensystems lag nicht vor. Die für die Auffassung des Lichen als Unfallfolge verwertbare infektiöse Theorie ist nach den bisherigen Tatsachen nicht bewiesen, der Lichen demnach zurzeit nicht als Infektionskrankheit, vielmehr als Äußerung einer allgemeinen Diathese anzusehen.

F. Biberstein-Gleiwitz.

11) **Über Lupus erythematodes des Lippenrots und der Mundschleimhaut,** von Otto Kren. (Archiv f. Dermat. u. Syphilis. LXXXIII. 1907. Nr. 13.)

In der Absicht, von den Erkrankungen des Lippenrots und der Mundschleimhaut Symptome zusammenzustellen, welche diese Affektionen so charakterisieren, daß auch eine orale Inspektion imstande ist, eine Diagnose zu stellen, gibt Verf. aus vier von ihm untersuchten Fällen folgendes Bild für den Lupus erythematodes der Mund- und Lippenschleimhaut: Der Lupus erythematodes der Mundschleimhaut repräsentiert sich in typischen Fällen als oberflächliche Entzündung, die sich nach außen gegen die gesunde Schleimhaut meist in scharfen Grenzen abhebt. Die Randzone der einzelnen Herde ist elaviert, gegen die Umgebung sich langsam abflachend, gegen das Centrum steil abfallend. Diese Ränder sind stets dunkelrot und zeigen bei genauem Zusehen einzelne erweiterte, äußerst dicht stehende, radiär gestellte Gefäßchen, die sich in die Umgebung langsam verlieren. Im Centrum ist eine atrophische, glatte, häufig violettrote, mit zahllosen weißen oder blauweißlichen zarten Pünktchen und Streifchen bedeckte Schleimhaut. Nirgends polygonale weiße Felder. In den centralen Partien öfters Erosionen und oberflächliche Ulcerationen mit gelblichen, schwer abstreifbaren Auflagerungen. In alten Herden oder in solchen, die keine sehr akute Entzündung zeigen, sind die Ränder nicht dunkelrot, sondern zeigen in schmalen, wenig erhabenen Säumen eine Epithelverdickung, sind also weiß oder blauweißlich. Die Ausläufer dieser Ränder fasern sich nun in charakteristischer Weise nach außen auf und geben so eine äußerst zarte Zeichnung. Sitz dieser Plaques ist häufig die Wangenschleimhaut zwischen den Zahnreihen des Ober- und Unterkiefers. Ähnlich sind die Erscheinungen am Lippenrot. Die gleichen Ränder mit der gleichen

Gefäßektasierung und der gleichen feinen weißen Zeichnung, die besonders schön und deutlich hervortritt. Der Gesamtfarbenton der Lippe ist ein violetter; diese oft ein wenig geschwollen und evertiert. Erwähnungswert ist die auffallend leichte Blutung des befallenen Lippenrotes bei geringsten Bewegungen, während dies an der Mundschleimhaut meist nicht zu finden ist. Die subjektiven Beschwerden sind stets sehr gering. Der Verlauf ist ein äußerst hartnäckiger, die Therapie sehr schwierig. Verf. beschreibt dann seine histologischen Befunde, die ziemlich analoge Gewebsveränderungen wie beim Lupus erythematodes der Haut ergeben, und erörtert endlich ausführlich die Differentialdiagnose. Für die frischen, äußerst schwer zu diagnostizierenden Fälle kommen banale akute Entzündungen, für die späteren Stadien an den Lippen Ekzem, in der Mundhöhle Lichen planus, Pemphigus, Psoriasis, Leukoplakie der Raucher und Luetiker in Betracht. Papulöse Lues, tertiäre Schleimhautaffektionen und ebenso die verschiedenen Stomatitiden sind leichter davon zu unterscheiden. V. Lion-Mannheim.

12) **Observations sur l'état du sang dans la sclerodermie,** par Constantin et Levrat. (Annales de dermatologie. 1907. Nr. 2.)

Angeregt durch eine Betrachtung Audrys, der bei einem Fall von Sklerodermie eine Leukocytose fand, untersuchten die Verff. das Blut von zwei an Sklerodermie Erkrankten. In beiden Fällen bestand eine leichte Leukocytose; durch die Behandlung, welche in hohen Dosen von J.-K. bis 25 g pro die und in Verabreichung von Thyreoidin bestand, wurden normale Verhältnisse erzielt. Trotzdem sind diese Anomalien des Blutes so geringer und vorübergehender Natur, daß nach Ansicht der Verff. ein kausaler Zusammenhang nicht wahrscheinlich ist. Die Verff. heben noch die guten Erfolge des Thyreoidin bei der Sklerodermie hervor, Erfolge, wie sie bisher kein anderes Medikament aufweisen kann. Raff-Augsburg.

13) **Un cas de malformation cutanée à type cicatriciel héréditaire,** par Frühinsholz. (Annales de dermatologie. 1907. Nr. 3.)

In der Frauenklinik zu Nancy wurde ein Kind geboren, das an Rumpf und Extremitäten eine fleckenförmige Anomalie der Haut aufwies, welche einer eben abgelaufenen Verbrennung mit Narbenbildung ähnlich sah. Dieselbe Affektion war auch bei der Mutter vorhanden, nur sahen die Narben älter aus. Der Vater war gesund. Eine Erklärung für die merkwürdige Anomalie kann Verf. nicht geben. Von Lues fand sich keine Spur, auch die Erklärung der Hauterkrankung durch Verwachsungen des Amnions, dann Abreißen desselben mit Narbenbildung weist Verf.. zurück. Raff-Augsburg.

14) **Nouvelles recherches sur les microsporums,** par Sabouraud. (Annales de dermatologie. 1907. Nr. 3.)

Die vorliegende Arbeit bringt zunächst einen historischen Überblick über die Pluralität des Mikrosporons, welches die Trichophytie bei Kindern verursacht. Dann bespricht Verf. eingehend die Technik der kulturellen Untersuchung, wie er sie seit Jahren bei allen Trichophytieuntersuchungen anwendet. Er plädiert energisch dafür, daß ein und derselbe Nährboden von allen Untersuchern benutzt werde, damit man die Resultate in den verschiedenen Ländern vergleichen könnte. Er empfiehlt besonders seinen Nährboden, der Maltose enthält. Seit Jahren wendet Verf. die Radiotherapie bei Trichophytie mit solchem Erfolg an, daß besonders die leicht sichtbare Mikrosporie in Paris ganz bedeutend abnimmt. Durch seine Untersuchungen fand Verf. drei neue Arten von Mikrosporie, von denen namentlich die dritte

Art eine besondere Bedeutung verdient, weil sie ein Drittel aller in Paris vorkommenden Fälle von Mikrosporie verursacht. Diese Art nennt Verf. Mikrosporon lanosum, weil die Kultur sich bald mit einem baumwollartigen Überzug bedeckt. Das Mikrosporon lanosum ist leicht übertragbar auch auf Tiere, ohne daß jedoch sein animaler Ursprung bewiesen ist. Verf. hat mehrere Familienepidemien gesehen. Das Mikrosporon lanosum haftet auch leicht auf nicht behaarter Haut; Verf. beschreibt einen Fall von universeller Mikrosporie bei zwei Mitgliedern derselben Familie. Die Erkrankung dauerte 6 Wochen. Auf dem behaarten Kopfe schien die Erkrankung nicht sehr hartnäckig, heilte auch ohne Narbenbildung. Die Übertragbarkeit des Mikrosporon lanosum auf Kaninchen unterscheidet es scharf von dem Mikrosporon Audouini. Raff-Augsburg.

Chronische Infektionskrankheiten der Haut.

15) **Zwei Fälle von Inokulationslupus,** von Florio Sprecher. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. LXXXIII. 1907. S. 117.)

Zur Frage, welche unter den verschiedensten Infektionskrankheiten beim Inokulationslupus die häufigste ist, veröffentlicht Verf. zwei neue, infolge exogener Inokulation entstandene Fälle von Lupus vulgaris. Beim ersten Fall trat der Lupus in einer am scharfen Rand des Fußsteiges eines Schwimmbassins entstandenen Rißnarbe am Knie eines völlig gesunden Mannes auf; im zweiten in einer durch Kratzen mit dem Fingernagel eines Kindes verursachten kleinen Wunde an der Wange der Kinderfrau. V. Lion-Mannheim.

16) **Mitteilungen aus der Wiener Heilstätte für Lupuskranke,** von Ed. Lang. (1. Folge. Wien 1907, Safar. 3 Mk.)

Aus diesem Berichte sind einige Daten mitzuteilen, die gewiß nicht verfehlen werden, allgemeines Interesse zu erregen. Bekanntlich hat Verf. von jeher die Meinung vertreten, daß bei Lupus vor allem die Operationsmethode mit nachfolgender Plastik in Frage kommt. Wenn wir nun in diesem Berichte lesen, daß von 197 Patienten 173 vollkommen rezidivfrei geblieben sind, so wird das gewiß als eine glänzende Leistung zu betrachten sein. Ja Verf.'s Assistent A. Jungmann betont sogar, daß die schweren Rezidive immer seltener auftraten, nachdem die Indikationen schärfer und präziser aufgestellt waren und die Operationstechnik vervollkommnet wurde. Alsdann folgt ein Bericht über 148 der Finsenbehandlung unterzogene Kranke. Von diesen konnten 35 Patienten bis zum Zeitpunkt der Abfassung dieses Berichtes mit glatter, zarter, weißer Narbe als geheilt bezeichnet werden. Mit Recht betont Jungmann, daß die Lichtmethode absolut gefahrlos ist gegenüber der Röntgen-Bestrahlung, wo die erste Überlegung jedesmal darin besteht, ob man nicht schaden könnte. Von den letzten 148 Kranken können noch 20 als fast geheilt bezeichnet werden, während die Beobachtung der übrigen Fälle noch nicht abgeschlossen ist. Bei einzelnen hartnäckigen Lupusstellen führte die Anwendung des Heißluftbrenners zum Ziele. Im wesentlichen tritt aber Jungmann für eine Kombination des Licht- und Exstirpationsverfahrens ein. J.

17) **Association du lupus erythémateux et du lupus tuberculeux,** par Spitzer. (Annales de dermatologie. 1907. Nr. 3.)

Der Streit, ob der Lupus erythematosus tuberkulöser Natur sei, teilt die Dermatologie in zwei Lager. Die Anhänger der tuberkulösen Natur stützen

sich auf Fälle von Existenz beider Krankheiten. Einen solchen Fall beschreibt Verf. von der Abteilung Lang des allgemeinen Krankenhauses zu Wien. Ein 37jähriger Mann zeigte im Gesichte drei typische Effloreszensen von Lupus erythematodes, an der unteren Seite dieser Flecken Lupusknötchen. Diese Flecken wurden exstirpiert, die eintretenden Rezidive zeigten nur Lupus erythematodes. Die histologische Untersuchung ergab die Veränderungen des Lupus erythematodes (kleinzellige Infiltration der Gefäße bis zum Papillarkörper reichend, dann Atrophie an manchen Stellen). Die Knötchen aber zeigten tuberkulöse Struktur: Centrale Nekrose, Riesenzellen, endlich in 2 Schnitten Tuberkelbazillen. Die Existenz beider Erkrankungen ist zum erstenmal in diesem Falle durch die histologische Untersuchung bestätigt worden.

Raff-Augsburg.

18) **Die histologischen Veränderungen des Lupus vulgaris unter Finsens Lichtbehandlung**, von Hans Jansen und Ernst Delbanco. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. LXXXIII. 1907. S. 323.)

Auf Grund von am Kopenhagener Finsen-Institut angestellten Untersuchungen berichten die Verff. über die histologischen Veränderungen des Lupus vulgaris bei Finsen-Behandlung. Die Behandlung besteht stets in mehreren, wiederholten Sitzungen. Ein Lupusknoten verschwindet fast nie nach einer Sitzung, oft sind 10—20 Sitzungen nötig. Die ersten sichtlichen Wirkungen einer Finsen-Bestrahlung sind Gefäßerweiterung und Ödem. Dann folgt zellulare Nekrose und Schorfbildung und endlich eine demaskierende Entzündung mit Leukocytenemigration und sehr lebhafter Regeneration. Die Nekrose nach einer Sitzung betrifft nur eine oberflächliche Schicht des vorhandenen Lupus, deshalb sind die wiederholten Sitzungen notwendig. In den dazwischenliegenden Pausen wird der entstandene Defekt durch lebhafte Proliferation zum Teil wieder gedeckt; diese trägt aber auch zur Vernichtung des Lupusherdes bei, indem sie ihn zur Oberfläche hinaushebt und auch die lupöse Infiltration geradezu erstickt. Die Lichtbehandlung besteht demnach in einer schichtweisen Destruktion der pathologischen Elemente, gefolgt von einer sehr lebhaften Regeneration. Sie ist eine Ätzbehandlung. Doch wirkt das Licht elektiv, Kollagen und elastisches Gewebe bleiben verschont. Dies im Verein mit der reichlichen Neubildung jungen Bindegewebes erklärt die bekannt schöne Narbenbildung bei der Finsen-Behandlung. Die Lichtbehandlung trifft die Gewebe als solche, vernichtet die kranken Elemente, frischt die gesunden auf. Sie ist keine einfache Desinfektion des Gewebes, von den Bazillen werden nur die oberflächlich liegenden getötet. Die Bazillenarmut des Lupus erlaubt deshalb die erzielten Erfolge, während bei der bazillenreicheren Tuberculosis cutis keine guten Resultate erzielt werden.

V. Lion-Mannheim.

19) **Disseminierte Miliartuberkulose des Haarbodens**, von V. Mibelli. (Monatsh. f. prakt. Dermatologie. XLIV. 1907. Nr. 1.)

Bei einer 63jährigen Frau mit ziemlich vorgeschrittener Lungentuberkulose trat in den letzten Lebensmonaten ohne sichtbare Ursache eine disseminierte Miliartuberkulose der Kopfhaut auf in der Gestalt eines pustulokrustösen Exanthems. Dies zeigte das Aussehen einer peripheren Impetigo oder einer eitrigen, ulzerösen Ostiofolliculitis mit indolentem, subakutem Verlaufe und zeitweisen Exacerbationen. Bei einer gleichzeitig festgestellten Hautveränderung am rechten Arm handelt es sich um einen alten Granulationsprozeß, dessen tuberkulöse Natur sich histologisch nicht mit voller Sicherheit

dartun ließ. Die impetiginöse Eruption auf der Kopfhaut aber bestand aus tuberkulösen Herden; in den verschiedenen Schichten des Unterhautzellgewebes fanden sich Miliartuberkel in großer Anzahl zerstreut. Den hämatogenen Ursprung der Affektion folgert Verf. aus der disseminierten Verteilung der Hautveränderungen und aus dem histologischen Befunde.

Schourp-Danzig.

20) **Bidrag til de leukaemiske og pseudoleukaemiske hudaffektioners, klinik og histiogenese,** per E. Brunsgard. (Tillaegshefte. Norsk. Magaz. f. Laegevedinskaben. 1907. Januar.)

Verf. veröffentlicht zwei Fälle von Leukämie und einen Fall von Pseudoleukämie der Haut, an welche er eingehende, histologische Erörterungen knüpft. Der erste Patient wies symmetrische, platte Tumoren auf, welche zuerst in die Haut oder im oberen Teile des subkutanen Bindegewebes eingesenkt erschienen, dann zur Oberfläche vorschritten und diese dünner und bläulich verfärbt, aber nicht exkoriiert gestalteten. Vereinzelt bestanden feine Teleangiektasien. Verf. spricht die Affektion als lymphadenoide Tumoren lokalen Ursprungs an, bei deren Entstehung besonders das Bindegewebe, wahrscheinlich aber auch die mononukleären, lymphozytoiden und leukozytoiden Zellen eine Rolle spielen. Diese Anschauung rechtfertigt sich durch das Bild des ersten Stadiums. Im Corium und Subcutis aktive Proliferation der Bindegewebszellen, zahlreiche Plasmazellen, Übergangsformen dieser beiden mit Karyokinesebildung. Mit der Zunahme der Lymphozyten vermindern sich die Plasmazellen. Die Blutuntersuchung ergab, daß die Lymphozytose durch Proliferation der Plasmazellen entstanden war, Vermehrung der mononukleären und eosinophilen Zellen, Verminderung der Leukozyten. Der zweite Fall zeigt über Gesicht, Brust, Hals und Rücken zahlreiche, kaum erbsengroße, nicht schmerzhafte, blasse, tiefliegende Infiltrate, bestehend aus lymphadenoidem Granulationsgewebe, welches meist kleine Lymphozyten, daneben auch Plasmazellen enthält. Der Sitz des Infiltrates ist der retikuläre Teil der Cutis und Subcutis. In den Lymphdrüsen und Lymphomen anderer Organe herrschen die kleinen Lymphozythen vor, in der Lymphozytose des Blutes bestehen hingegen große mononukleäre Zellen mit winzigem Chromatinkern und einem dunkleren Protoplasmarande. Der Patient verstarb nach 3 Monaten. Bei der zuletzt beschriebenen Pseudoleukämie saßen die kleinen bläulichen Papeln an Rumpf, Kopf und Extremitäten, die älteren waren mit sanguinolenten Krusten bedeckt, die frischeren Effloreszenzen ähneln mit den erweiterten Blutgefäßen an ihrer Oberfläche den „Pomphi“. Oft macht sich starkes Jucken fühlbar. Die hypertrophischen Drüsen treten deutlich, aber weich hervor. Histologisch erweisen sich die Knoten und Papeln als perivaskuläre, aus Lymphozyten, eosinophilen Zellen und wenigen polynukleären, neutrophilen Leukozyten gebildete Infiltrate. In den älteren Effloreszenzen besteht starke Proliferation der Bindegewebs- und Endothelzellen. Die „Pomphi“ zeigen beim ersten Erscheinen das gleiche Bild, hier sind entzündliche Symptome und Auswanderung polynukleärer Leukozyten auffällig. Die histologische Untersuchung ergab somit, daß nicht nur feste Papeln, sondern auch akute, urtikarielle „Pomphi“ zu den direkten Symptomen der Affektion gehören. Versuche mit Arsen-, Röntgen-Therapie usw. blieben erfolglos. J.

21) **Spirochätenbefunde bei Framboesia tropica,** von Martin Mayer. (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 12.)

In 5 Fällen tropischer Frambösie aus Ceylon und Ostafrika gelang

es, im Safte geschlossener, junger Papeln, die von **Castellani** entdeckte, der Spirochäte pallida Schaudinn nahestehende Spirochaete pertenuis nachzuweisen. Dieser Spirochaete dürfte ätiologische Bedeutung für die Framboesia tropica zukommen; sie in Schnitten nach der Levaditischen Versilberungsmethode nachzuweisen, glückte bisher nicht. Schourp-Danzig.

22) **Über die Lepra im Kanton Wallis,** von Jadassohn und A. Bayard. (Lepra. Biblioth. internat. VII. 1907.)

Wie die Lepraendemie, welche die Verff. in zwei einander benachbarten Dörfern des Kanton Wallis, Guttet und Feschel, beobachteten, zustande kam, ob eine neue Einschleppung oder der Überrest einer mittelalterlichen Epidemie vorlag, war nicht zu entscheiden. Indessen halten die Verff. es für angezeigt, daß auch die Schweiz, wie es längst seitens anderer Länder geschehen ist, dieser Gefahr durch gesetzliche Maßregeln entgegentrete. Notwendig sei die Meldepflicht bei verdächtigen Fällen, Untersuchung der Kranken und ihrer Lebensverhältnisse durch Sachkundige, welche auch zu entscheiden hätten, ob der Patient im Hospital isoliert oder in seiner Häuslichkeit belassen werden solle, sowie Vorschriften für die Beförderung von Leprösen. Eventuell müsse der Staat, wenn nicht alle, doch einen Teil der entstehenden Kosten tragen. Bei einer Revision des eidgenössischen Epidemiegesetzes liese sich leicht auf diese Angelegenheit Rücksicht nehmen, damit sowohl die Bevölkerung beruhigt, als auch bestimmte Direktiven beim Auftreten einzelner Fälle gegeben werden. J.

Gonorrhoe.

23) **Urethroskopische Beiträge zur Diagnose, Therapie und Prognose des Trippers und seiner Folgen,** von Paul Asch. (Zeitschr. f. Urologie. I. 1907.)

Verf. schätzt die Endoskopie als unentbehrliches Hilfsmittel zur Diagnose und Therapie des Trippers. Er benutzt das Luyssche Urethroskop, das eine leichtere Auswechslung der Lampen gestattet als das Valentinische und außerdem eine Vergrößerungslinie am Handgriff besitzt. Gewisse Veränderungen in der Harnröhre lassen sich eben nur durch das Endoskop erkennen. So fand Verf. einmal als Ursache einer hartnäckigen Gonorrhoe endoskopisch eine Membran, die massenhaft Gonokokken enthielt, nach deren Entfernung mit der Pinzette und Betupfen mit Jodtinktur Heilung erzielt wurde. Ein andermal wurden Polypen in der Pars ant. konstatiert, die mit Hilfe der Schlinge entfernt wurden. Einmal wurde eine langwierige Eiterung durch Kavernen in der Pars prostatica unterhalten, deren Wandungen mit Eiter belegt waren; durch Auskratzen kam der Fall zur Heilung. Hinter Strikturen fand sich einmal ein Absceß, einmal hartnäckige Narbenwucherungen, die der chirurgischen Behandlung zugängig wurden. Besonders häufig konstatierte Verf. Entzündungen, Drüsenvereiterungen und Infiltrate im Angulus penoscrotalis; als Ursache hierfür ist jedenfalls die Penisknickung und zu festes Anliegen des Suspensoriums anzusehen. Diesem Übelstand ist am leichtesten durch Anlegen des Penis an die Bauchwand abzuhelfen. Schließlich wird noch auf den endoskopischen Nachweis von lokalisierten, himbeerfarbigen Rötungen mit samtartigen, zuweilen fein granulierten Aussehen in der Urethra hingewiesen, die für die Anwesenheit von Gonokokken charakteristisch zu sein scheinen, und deren Ausschabung zur Heilung führt.

Walter Schneider-Königsberg.

24) **Zur Therapie der Prostatitis gonorrhoica**, von Wilhelm Lüth. (Med. Klinik. 1907. Nr. 10.)

Unter den 3 Formen der Prostatitis, der katarrhalischen, follikulären und parenchymatösen, ist es die letztere, bei der die Massage versagt. Die Drüse ist in diesem Falle vergrößert, von gleichmäßig fester Konsistenz und läßt auf die Massage kein Sekret austreten. Ausgehend von der Anschauung, daß bei dieser Form der Prostatitis eine Kompression der Drüsen mit ihren Ausführungsgängen und somit das Fehlen des Sekrets durch Verdichtung des perilobulären Gewebes zustande komme, behandelte Verf. die Prostatitis mit 4—5 Tage vorgenommenen intraglutäalen Fibrolysininjektionen. Bei der nun folgenden Erweichung der Drüse entleerte sich auch nach Massage Sekret. Gleichzeitig mit den Fibrolysininjektionen wurden die Massagen fortgesetzt; sechs derart behandelte Fälle wiesen gleichen Erfolg auf. In den schwereren Fällen finden sich im Prostatasekret außer reichlicheren polynukleären Leukocyten traubenförmige innerhalb der Zellen beisammenliegende rundliche Doppelkokken, anscheinend eine Degenerationsform der Gonokokken.

F. Biberstein-Gleiwitz.

25) **Diagnostic de la blennorrhagie dès la période d'incubation par la culture sur sang gélosé**, par Griffon. (Annales d. malad. d. org. génit.-urin. 1907. S. 261.)

Man mischt zu 2 Teilen verflüssigter Gelatine 1 Teil frisch der Karotis eines Kaninchens entnommenen Blutes, läßt die Blutgelatine schräg erstarren und beimpft sie mit der oberflächlichen Absonderung der Harnröhrenschleimhaut der Fossa navicularis, unter sorgfältiger Vermeidung der Harnröhrenöffnung. Nach 16 Stunden sind, falls Gonorrhoe vorlag, zahllose glatte, runde, glänzende, durchscheinende Kolonien aufgetaucht, die sich gefärbt, als Gonokokkenkulturen erweisen. Verf. hat mit dieser Methode Gonorrhöen vor dem Ausbruch, 3 und 2 Tage nach der Ansteckung, aufdecken können; er empfiehlt sie zu allgemeiner Einführung. Goldberg-Cöln/Wildungen.

26) **Retrécissement cicatriciel de l'urèthre siégeant au niveau de la région bulbaire. Behandelt mit Thiosinamin**, von Gröll. (Annales d. malad. d. org. génit.-urin. 1907. S. 279.)

45jähriger Mann, vor 25 Jahren erste Gonorrhoe, vor 10 Jahren Sturz auf den Damm, Ruptura urethrae, vor 6 Jahren erste, vor 2 Jahren zweite interne Urethrotomie, vor kurzem neue Gonorrhoe. Nachdem mit den üblichen Mitteln die im Bulbus sitzende zugleich traumatische, gonorrhoische und operative Striktur auf 23 erweitert war, suchte Verf. zuerst mit Instillationen von 15 $^0/_0$ alkoholischer Thiosinaminglyzerin in die Urethra, alsdann mit Injektionen von 1 ccm Thiosinaminlösung in das Strikturgewebe von außen her weiter zu kommen, hatte aber keinen Erfolg. Es scheint dem Verf. entgangen zu sein, daß die Applikation des Thiosinamin am Ort der Erkrankung überflüssig ist, und daß, besonders in der deutschen Literatur z. B. von Komete reichlich Material zur Beurteilung des Thiosinamin bei Harnröhrenverengerungen beigebracht wurde. Goldberg-Köln/Wildungen.

27) **Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung von Silbernitrat- und Protargollösungen auf lebende Schleimhäute**, von H. Wildholz. (Zeitschrift f. Urologie. I. 1907.)

Als Versuchstiere dienten männliche Kaninchen, auf deren Konjunktiva und Urethra Verf. Höllensteinlösungen in der Konzentration von 1:1000, 5:1000 und 1:100 sowie 1:100, 3:100 und 8:100 stark wässerige Pro-

targollösungen einwirken ließ. Dabei zeigte sich, daß das Argent. nitr. Epitheldesquamation sowie Epithelnekrose hervorrief, der eine Regeneration mit teilweiser Metaplasie im Plattenepithel folgte. Silberniederschläge fanden sich zahlreich im Epithel, viel geringer im subepithelialen Grade und zwar hier auch erst meist einige Tage nach der Einwirkung von konzentrierten als von schwachen Lösungen. Das Protargol wirkt weniger intensiv, und zwar auf die Urethra noch geringer als auf die Konjunktiva; eine tiefgehende Epithelabstoßung findet sich erst bei einer 8%igen Lösung, eine Umwandlung in Plattenepithel findet nicht statt. Auch ist die Infiltration im subepithelialen Gewebe geringer als beim Argentum nitricum. Dies Medikament hat demnach scheinbar eine größere Tiefenwirkung. Die Versuche ergaben ferner, daß die Lösungen auch in die Urethraldrüsen eindrangen. Dagegen konnte Verf. an menschlichen Leichen, in deren Urethra posterior Silberlösungen injiziert wurden, keine Silberniederschläge in den Ausführungsgängen der Prostata nachweisen, vielleicht infolge des ungenügend hohen Druckes bei diesen Injektionen.

Walter Schneider-Königsberg.

28) **Besteht ein Zusammenhang zwischen Prostatitis und Prostatahypertrophie?** von Berthold Goldberg. (Centralbl. f. Chirurgie. 1907. Nr. 8.)

Die Frage, ob die Prostatahypertrophie phlogistischen oder neoplastischen Ursprungs sei, hat insofern eine praktische Bedeutung, als im ersteren Falle prophylaktische Maßnahmen erfolgreich sein könnten, im letzteren aber eine Radikaloperation geboten wäre. Verf. konnte bei zahlreichen Beobachtungen nur insoweit eine Ähnlichkeit von Prostatitiden mit Prostatahypertrophien feststellen als bei wenigen jüngeren Patienten mit Prostatitis das klinische Bild des Prostatismus aber ohne Hypertrophie, bei anderen die Hypertrophie ohne die entsprechenden klinischen Folgeerscheinungen bestand. Andererseits hält Verf. viele als „weiche Prostatahypertrophie" diagnostizierte Formen für Prostatitiden. Etwa $^1/_4$ der zur Behandlung gelangten Hypertrophien betrafen zwar Gonorrhoiker, doch bestand einige Male die Hypertrophie bereits vor der Infektion, andere Male erschien sie 20—50 Jahre nach Ablauf der Gonorrhoe. Bei 7 unter 50 Patienten war ein Zusammenhang beider Affektionen nachzuweisen, doch spricht Verf. diese Fälle eben als chronische, cystoparetische Prostatitiden an. Kurzum er findet in seinen reichen klinischen Erfahrungen nichts, was die phlogistische Pathogenese der Prostatahypertrophie unterstützen könnte.

J.

29) **Über örtliche und innerliche Behandlung der Gonorrhoe,** von A. Neisser. (Med. Klinik. 1907. Nr. 14.)

Das wesentlichste in der Behandlung der akuten Gonorrhoea anterior ist die direkte Applikation von Silbersalzlösungen auf die erkrankte Schleimhaut. Die sonst so nützliche Spülbehandlung, z. B. nach Janet, ist aus äußeren Gründen nicht überall durchführbar. Verf. hat mit der energischen Injektionsbehandlung ausgezeichnete Resultate ohne Komplikationen erzielt; letztere sind auf äußere zufällige Schädlichkeiten zurückzuführen. Der Patient muß durch den Arzt für die Injektionen geschult werden. Diese werden vorteilhaft lieber 2—3mal zu 10 Min. als einmal zu 30 Min. gemacht. Im akuten Stadium verordnet Verf. eine $^1/_4$%ige Protargollösung mit 3% Antipyrinzusatz, dreimal täglich 20—30 Min. zu injizieren, und täglich eine durch den Arzt vorzunehmende Injektion mit 3%iger Protargollösung und 5% Antipyrinzusatz. Etwaige Schleimhautreizung bedingt Aussetzen der letzteren Lösung. Bei refraktärem Verhalten der Gonokokken gegen diese Injektionen

sind Arg. nitr.-Lösungen 1:4000 oder reine Adstringentien am Platze, an deren Stelle später wieder Protargol oder Argentamin tritt. Die interne Therapie mit Balsamicis kann die Gonorrhoe nicht heilen; diese sind nur als Adjuvantien zur Beseitigung störender Symptome brauchbar und verleiten wegen dieser Wirkung oft zur Annahme, daß auch objektiv die Heilung eintrete. Die Balsamika sind daher im allgemeinen entbehrlich und aus taktischen Gründen zu vermeiden.

F. Biberstein-Gleiwitz.

30) **Le rhumatisme blennorrhagique et son traitement,** par Albert Robin. (Annales d. malad. d. org. genit.-urin. 1907. S. 81.)

An 3 Fällen seiner Klinik demonstriert Verf., wie sehr die Behandlung des Tripperrheumatismus individualisiert werden muß. Der erste Kranke, ein 28jähriger Kellner, hatte mit 18 Jahren Polyarthritis rheumatica, und seitdem zuweilen Gelenkschmerzen, mit 26 Jahren den ersten Tripper mit Conjunctivitis gonorrhoica durch Kontaktinfektion, seit 3 Wochen den zweiten, derzeitigen Tripper. Am 10. Tage bekam er Schmerzen in allen Gelenken, am zwölften metastatische Conjunctivitis. Therapie: Natrium salycilicum, 4 g pro die; reichlich alkalisches Getränk, in den Bindehautsack 2mal täglich 1 Tropfen $^1/_{300}$ Cupr. sulfur. Erfolg: Gelenkschmerzen, Conjunctivitis, Urethritis heilen in kurzer Zeit; eine Entzündung des rechten Fußgelenkes bleibt. Der zweite Kranke, ein 60jähriger Mann, bekommt am 10. Tage der Gonorrhoe einen kurzen, fieberhaften Schub von Arthritiden in den linken Fußgelenken, nachdem diese verschwunden waren, Arthritis und Tendovaginitis der rechten Hand, zugleich mit Cystopyelonephritis, 8 Tage darauf auch Orchitis, 1 $^0/_{00}$ Albumin. Therapie: Milch- und Pflanzenkost, Urotropin und Natrium benzoicum; denn hier beherrscht die drohende renale Affektion neben der Allgemeininfektion die Situation. Die dritte Kranke, eine 35jährige Dienstmagd, kommt im 6. Monat der Gonorrhoe in Behandlung; im 3. Monat hatten die Gelenkentzündungen begonnen; zurzeit: Semiankylose des Handgelenkes, Steifheit aller Finger, Ellbogen unbeweglich, Vorderarm und Interphalangealmuskeln atrophiert. Hier ist die gesamte resolvierende und mobilisierende Behandlung am Platze; Verf. empfiehlt: Im akuten Stadium mäßige Immobilisierung, die bei Nachlaß der Schmerzen sofort unterbleibt, höchstens 1—2 Tage: Inunktion mit Acid. salycil., Terpentinessenz āā 10,0, Axung., Lanolin 80,0 oder mit Ungt. napolitan. Biersche Stauung hat er 2mal ohne jeden Erfolg angewendet. Dagegen waren Injektion von Palladium colloid. (0,00001—0,00003) subkutan, Inunktion mit Kollargol, und Radiumapplikation von Erfolg. Im chronischen Stadium: Massage und Faradisation, jedoch vorwiegend der zugehörigen Muskeln; lokale Bäder in Terpentinessenz mit schwarzer Seife, 70—80° Salzbäder, Mineralbäder. Die Punktion, mit nachfolgender Injektion, die Arthrotomie verwirft er „absolument, sauf le cas d'urgence, que crèerait la suppuration évidente de l'articulation".

Goldberg-Köln-Wildungen.

Syphilis.

31) **Gommes syphilitiques multiples, prises par des lésions tuberculeuses; syphilis des bosses nasales: destruction exclusive et totale de la cloison cartilagineuse,** par Bord. (Annales de dermatologie. 1907. Nr. 1.)

Bei einer 30jährigen Näherin zeigte sich 5 Jahre nach der Infektion eine Schwellung des Ellenbogengelenkes und Vorderarmes, welche mit einem immobilisierenden Verband, dann operativ behandelt wurde. Die Wunde

heilte per primam, dann aber entwickelte sich am Vorderarm ein „Absceß“, der spontan Eiter entleerte. Ähnliche Abscesse entstanden am Halse. Kurze Zeit darauf bekam die Patientin eine Coryza und der deswegen konsultierte Arzt konstatierte nun die Syphilis. Kombinierte Behandlung brachte alle Symptome zum Verschwinden. Nach einigen Monaten stellte sich die Coryza wieder ein und Patientin kam in die Behandlung Verf's. Dieser konstatierte außer einer Abschwächung der Intelligenz und einer Abnahme der Sehkraft mittels der Rhinoskopie einen vollständigen Verlust des knorpligen Septums; an den Rändern des Substanzverlustes waren Krusten und Spuren des nekrotischen Knorpels nachzuweisen. Die knöcherne Scheidewand war intakt. Die Behandlung bestand in intravenösen Injektionen von Hg. cyanat. à 0,01 8 mal und J K 3 g pro die. Nach 14 Tagen waren Ausfluß, Blutungen, Geruch verschwunden. Patientin sah wieder besser, konnte wieder einfädeln, auch die Intelligenz hatte sich gebessert. Verf. weist darauf hin, daß es bisher als feststehend galt, daß die Syphilis nur das knöcherne Septum befalle, das knorplige erst sekundär; beim Lupus ist es umgekehrt. Der vorliegende Fall beweist, daß die Syphilis auch einmal ausschließlich den Knorpel befallen kann.

Raff-Augsburg.

32) **Jugements concernant des affaires de responsabilité civile pour contamination syphilitique par des nouveau-nés.** (Annales de dermatologie. 1907. Nr. 1.)

I. Ein Student der Medizin hatte sein neugeborenes uneheliches Kind einer Frau in Pflege gegeben und ihr verschwiegen, daß es hereditär-syphilitisch sei. Die Frau wurde infiziert und klagte. Der Student wurde zu 6000 Fs. Schadenersatz und den Kosten verurteilt, wobei das Gericht es als erschwerend ansah, daß der Beklagte trotz seiner medizinischen Kenntnisse sachliche Vorsichtsmaßregeln, welche die Krankheitsübertragung hätte verhindern können, unterlassen hatte. II. Eine von der Polizeipräfektur autorisierte Amme erhielt dort ein hereditär-syphilitisches Kind zum Stillen, infizierte sich und ihr eigenes Kind. Sie klagte auf Schadenersatz 1) gegen die Mutter, 2) gegen den Leiter des Bureaus, wo sie das Kind erhielt, 3) gegen den Arzt des Bureaus, der dem Kinde ein Gesundheitszeugnis ausgestellt hatte, 4) gegen den Arzt, der das Kind mehrere Monate behandelte, ohne von der Syphilis der Amme Mitteilung zu machen, 5) gegen den Polizeiarzt, der die Kinder bei den Ammen zu besuchen hatte, weil er erst zu spät die Krankheit erkannte und die Absetzung des Säuglings veranlaßte. Verurteilt wurden zu 8000 Fs. Schadenersatz (zusammen) und Kosten: 1) die Mutter des Kindes, weil sie, obwohl in Kenntnis gesetzt durch den Arzt (Nr. 4) von der Krankheit des Kindes, dies der Amme verschwieg, 4) der Arzt, welcher von der Mutter mit Überwachung des Kindes beauftragt, die Syphilis erkannte, wie aus seinen Rezepten hervorging, trotzdem aber der Amme nichts mitteilte und auch nicht die Absetzung des Säuglings veranlaßte. Raff-Augsburg.

33) **The systematic treatment of syphilis,** by W. S. Gottheil. (The Post-Graduate. New-York, 1907. Februar.)

Verf. erwartet nicht viel Nutzen von der staatlichen Prophylaxe, welche allenfalls durch Überwachung der Vaccination, sowie des Barbier-, Heilgehilfen-, Glasbläsergewerbes extragenitale Infektionen verhüten und durch toleranter Hospitalsverwaltung die Infektionsquelle der nicht zur Behandlung kommenden Syphilitiker verringern könne. Als persönliche Vorsichtsmaßregel solle man den Wert von Wasser und Seife, event. von antiseptischen

Waschungen nicht unterschätzen. Die Frist bis zur Heirat will Verf. selbst bei gründlicher Behandlung und günstigem Verlaufe nicht unter 3 Jahren bemessen wissen. Über die Abortivbehandlung vermuteter Syphilis hat Verf. seine früher skeptische Meinung geändert, seit es ihm durch rechtzeitige, radikale Exstirpation des Primäraffektes, Ausbeizen der Wunde mit Salpetersäure gelungen ist, die ziemlich sicher erwiesene Infektion einige Male im Keime zu ersticken. Exzision, Naht, Einträufeln von Eucain oder Äthyl-Chlorid erschienen ihm hierzu schließlich als die beste Methode. Verf. gibt sodann einen Überblick der empfehlenswertesten Arten der lokalen und allgemeinen Therapien der Lues. Die Injektionskur, die er sonst bevorzugt, widerrät er bei Kindern, bei Hyperästhesie, Neurasthenie und zu schwachem Fettpolster. Für maligne und tertiäre Lues solle man das Jod nicht in zu kleinen Dosen verordnen. J.

34) **Über Gewebsveränderungen im Gehirn luetischer Neugeborener**, von Otto Ranke. (Neurol. Centralblatt. 1907. Nr. 3 u. 4.)

Die Tatsache, daß von syphilitischen Eltern stammende Personen, wenn sie überhaupt lebensfähig sind, doch ein großes Kontingent zu Nerven- und Geistesschwäche stellen, sucht Verf. anatomisch zu erklären. Die kongenitale wie die akquirierte Lues beginnt im interstitiellen Gewebe, ergreift erst sekundär das Parenchym der Organe und bewirkt hier die typischen Gefäßerkrankungen, kleinzellige Infiltrate, umschriebene Rundzellenanhäufungen (miliares Syphilom), Bindegewebswucherungen. Die auch bei anderen Frühgeburten vorkommenden Blutungen aus Pia und Gehirn findet man bei Lues dagegen noch bei reifen Früchten vor, ein Zeichen für die noch embryonalen Verhältnisse der Hirnkapillaren der Luetischen, das Fortbestehen eines in früheren Stadien natürlichen Entzündungszustandes. Daneben fanden sich Trübung, Adhärenz der Pia und Dura, Wucherung, besonders Infiltration der pialen Maschen mit großen Rundzellen. In gleicher Weise sind die Gefäße der Arterienwand und ihrer Intima verändert, die Schädigungen der Hirnsubstanz und Gefäßwände stehen in ursächlichem Zusammenhang. In der adventitiellen Lymphscheide der Gefäße sitzen leukocytäre Infiltrate mit aus dem Blute stammenden Plasma- und Mastzellen. Diese auch bei akquirierter Lues beobachteten Infiltrate zeigen bei hereditärer die Neigung, das benachbarte Gewebe zu ergreifen. Aus der Verbreitung der Infiltrationszellen läßt sich die Entstehungzeit des Prozesses abschätzen. Die 50 vorliegenden Fälle begannen wahrscheinlich erst nach dem 6. Schwangerschaftsmonate, da sich die Infiltrate auf die Nähe der Gefäße beschränkten. Weiter bis in Mark und Rinde drang die Ablösung adventitieller Gefäßelemente. Das ektodermale Stützgewebe ist proliferiert. Neben diesen diffusen zeigen sich herdförmige Prozesse, kleine gelbe, aus Plasma-, Mastzellen und adventitiellen Elementen bestehende Pünktchen, nahe dem Ventrikel dunkle, kleinkernige Zellen der embryonalen Stützsubstanz, Spongioblasten. Im größten Teil dieser charakteristischen Veränderungen ließen sich Spirochäten nachweisen. Verf. hofft, daß weitere Untersuchungen auch für die im späteren Leben hereditär Syphilitischer auftretenden nervösen und psychischen Krankheitserscheinungen anatomische Anhaltspunkte ergeben und auch dort der Spirochätennachweis die oft schwierige Diagnose klarstellen lassen werde. J.

35) **Syphilis et tuberculose, par** Emile Sergent. (Paris, 1907. Masson & Cie.)

Verf. behandelt ausführlich die furchtbaren Wirkungen und die ungeheure Verbreitung der Syphilis und Tuberkulose, die umso unberechenbarer er-

scheinen, da die Chronizität beider Erkrankungen eine so langausgedehnte Ansteckungsgefahr in sich birgt. Es ist daher nicht erstaunlich, daß sich beide Übel häufig beisammen finden, sei es, daß ein Tuberkulöser sich syphilitisch infiziert, oder daß ein durch Syphilis angegriffener Organismus tuberkulös wird. Die schwere vitale Gefahr, welche das Zusammentreffen von zwei so ernsten Krankheiten bedingt, die Prognose, die indizierten und kontraindizierten therapeutischen Maßnahmen bei solchen Fällen bespricht Verf. an der Hand zahlreicher, eingehend beobachteter, klinischer Tatsachen. Entgegen den Befürchtungen mancher Autoren hält Verf. die schnelle, regelmäßige, aber sorgfältig überwachte Quecksilberkur auch bei tuberkulösen Syphilitikern für ungefährlich und durchaus heilkräftig. J.

36) **Über Mergal, ein neues Antisyphilitikum,** von Leo Leistikow. (Monatsh. f. prakt. Dermatologie. LXIV. Nr. 5.)

Nach Prüfung bei 20 Fällen von primärer, sekundärer und tertiärer Syphilis empfiehlt Verf. das Mergal als ein gutes Ersatzmittel für Inunktionen und Injektionen, besonders dann, wenn Hg-Dermatitiden oder Stomatitis die Fortführung dieser Behandlungsmethoden nicht gestatten. Er hält bei allen tertiär-syphilitischen Erscheinungen der Haut eine Mergalkur der Inunktionskur ebenbürtig. Schourp-Danzig.

37) **Zur inneren Therapie der Syphilis,** von Edmund Saalfeld. (Therapeutische Monatshefte. 1907. Januar.)

Das von Boss unter dem Namen Mergal eingeführte Quecksilberpräparat, welches das Quecksilberoxydsalz der Cholsäure darstellt, hat der Verf. bei Fällen von sekundärer und tertiärer Lues, sowie zu prophylaktischen Kuren zur Anwendung gebracht. Nach seiner Ansicht ist die Behandlung mit Mergal überall da angezeigt, wo bisher eine Inunktionskur oder eine Behandlung mit löslichen Quecksilbersalzen angewandt wurde. 12 Krankenberichte geben einen Überblick über seine Erfolge mit dem Präparat.

Schourp-Danzig.

38) **Nerv oder Mikroorganismus?** von Hans Bab. (Münchener med. Wochenschrift. 1907. Nr. 7.)

Die Spirochaete pallida ist ein Mikroorganismus und kein Nervenzerfallsprodukt, wie von anderer Seite behauptet wird. G. Trautmann-München.

39) **Zur Kritik der Silberspirochäte,** von Gierke. (Berliner klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 3.)

Verf. widerlegt einige der von Schultze und Sahling gegen die Silberspirochäte angeführten Punkte. Lengefeld-Brandenburg a/H.

40) **Zur Färbung der Spirochaete pallida,** von G. Volpino. (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 4.)

Verf. macht geltend, daß die photographische Methode der Färbung der Spirochäten in den Geweben mit salpetersaurem Silber in Italien zuerst von ihm angewendet wurde. Diese Methode sei daher nicht mit dem Namen Bertarelli-Levaditi, sondern Volpino-Levaditi oder nur Volpino zu belegen. Schourp-Danzig.

41) **Zum Nachweis der Spirochaete pallida in Ausstrichen,** von J. Schereschewsky. (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 12.)

Verf. fixiert den Ausstrich in einer Petrischale über Osmiumdämpfen und bringt ihn dann in eine Doppelschale mit Giemsamischung. Danach kommt die Schale auf ein dampfendes Wasserbad und verbleibt darauf zugedeckt 10—15 Minuten, wobei gegen Schluß der Färbung frische Giemsa-

mischung nachgegeben wird. Das Präparat ist hinreichend gefärbt, wenn der Objektträger auch an unbestrichenen Teilen einen leichten, roten Farbstoffschleier gewonnen hat, und bietet so prägnante Gebilde, daß sie sogar mit Trockensystem — Leitz 7, Okular 4 — noch zu erkennen sind.

Schourp-Danzig.

Krankheiten des Urogenitalapparates.

42) **Über Perforation der Harnblase bei Ausschabung derselben,** von Carl Stern. (Deutsche med. Wochenschrift. 1906. Nr. 15.)

Strauss-Barmen hat für die Ausschabung der männlichen Harnblase bei chronischer Cystitis ohne deren Eröffnung eine Katheterkurette angegeben, mit welcher nach sicherer cystoskopischer Diagnose des Sitzes und der Ausdehnung des entzündlichen Prozesses die Abschabung der erkrankten Schleimhaut ähnlich wie das Kurettement des Uterus auszuführen ist. Verf. wandte diese Methode bei einer 57jährigen Frau mit schmerzhafter Cystitis an und perforierte hierbei die Harnblase, wonach unter Erscheinungen der Peritonitis der Tod eintrat. Infolgedessen rät Verf. davon ab, die Ausschabung der Blase ohne Sectio alta vorzunehmen. Die Eröffnung der Blase von oben schützt gerade am Scheitel, wo die Durchbohrung der Blase am leichtesten möglich ist; man kann die erkrankte Stelle feststellen und übersehen und nach Ausdehnung und Intensität die zutreffende Maßnahme viel sicherer beurteilen als beim Arbeiten lediglich nach dem Gefühl. Dazu kommt, daß die Sectio alta in diesen Fällen nicht nur zur Eröffnung der Blase behufs Vornahme der Ausschabung geschieht, sondern auch zur Ruhigstellung des Organes, ein Moment, auf das zweifellos Gewicht gelegt werden muß.

Schourp-Danzig.

43) **Trois cas de tumeurs de la vessie sans hématurie,** par Guisy. (Annales d. malad. d. org. genit.-urin. 1907. S. 103.)

Frau von 50 Jahren; Papillom, Exstirpation; Mann von 58 Jahren, Karzinom, unoperiert gestorben; 41jährige Frau, Papillom, Exstirpation. Alle drei Geschwülste saßen an der vorderen Blasenwand, alle hatten bis da Blutungen nicht herbeigeführt.

Goldberg-Köln/Wildungen.

III. Therapeutische Notizen.

Acne:

1) Rez.
Ichthyoli 5,0
Amyli
Zinci oxydati ana 10,0
Vaselini 30,0

J.

Decubitus:

2) Rez.
Zinci sulfur. 2,5
Plumbi acet. 5,0
Tinct. Myrrh. 1,0
Vasel. amer. ad 50,0
M. ungt.

J.

Urticaria:

3) Rez. Mentholi 10,0
Chloroform
Äther
Spir. camphor. ana 30,0

J.

IV. Vereinsberichte.

Berliner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 12. März 1907.

Hollstein demonstriert einen Patienten mit Folliclis, die hier durch ihre Ausdehnung und Lokalisation bemerkenswert ist: befallen sind die Stirn, die beiden Arme und der Penis; man sieht die verschiedenen Stadien, rote Papeln, solche mit centralen Nekrosen, pockenähnlichen Narben. Die gruppierte Anordnung der Efflorescenzen an der Stirn und am Penis erinnert sehr an Lues.

In der Diskussion weist Saalfeld darauf hin, daß bei den befallenen Personen, die meist weiblichen Geschlechts sind, fast immer später Lungentuberkulose ausbricht.

Pinkus zeigt einen Patienten, dessen Haut am Thorax seit etwa $^1/_2$ Jahr eine verdickte, gespannte, schwer faltbare Beschaffenheit angenommen hat, außerdem ist Pat. stark asthenisch, Symptome, die für Sklerödem sprechen; ein bestimmter Grad von Lipomatose läßt andererseits an das Vorliegen der Adiposis dolorosa Derkum denken, wenngleich diese meist bei Frauen, und zwar an den Extremitäten, in Verbindung mit nervösen Symptomen auftritt; vielleicht existiert ein gewisser Zusammenhang zwischen beiden Affektionen.

Schüler demonstriert Anschlußapparate für die von Kromayer angegebene Quarzlampe; das als Kompressorium benutzte Quarzfenster derselben paßt nicht immer für die zu bestrahlenden Herde, deshalb hat Vortr. verschiedene Linsensysteme von variabler Größe konstruiert, die sich auf die Lampe aufsetzen lassen und als Kompressorium für verschiedene große Herde zu benutzen sind. Nach demselben Prinzip sind solide Röhren von Bergkristall konstruiert, um Schleimhauthöhlen, Harnröhre, Mastdarm usw. zu bestrahlen; dieselben beginnen kegelförmig und verjüngen sich allmählich, sie können mit verschieden langen Metallmänteln zum Schutze für die nicht zu bestrahlenden Partien bekleidet werden.

Schulz: Zur Theorie der Bestrahlung mit ultraviolettem Licht. Die Fähigkeit, Bakterien abzutöten, kommt am meisten den äußeren ultravioletten Strahlen zu; die Bangsche und die Dermolampe rufen sehr schnell Erytheme und Nekrosen hervor, erzeugen aber keine Tiefenwirkung und eignen sich deshalb nicht für die Lupusbehandlung; die Tiefenwirkung hängt davon ab, daß die wirksamen Strahlen richtig gemischt sind, wie im Spektrum; das Kohlenbogenlicht vor allem hat in gewisser Konzentration diese Eigenschaft, demnächst das durch Linsen konzentrierte Sonnenlicht. Bei der Quarzlampe werden zwar die schädlichen Strahlen durch die Blauspülung beseitigt, es ist aber sehr fraglich, ob dann genug wirksame Strahlen übrigbleiben. Die Prüfung mittels Brom- oder Chlorsilberpapier ist nicht maßgebend, da die Schwärzung auch durch die therapeutisch unwirksamen Strahlen hervorgerufen

wird, wie Vortr. mittels der Uviollampe nachweisen konnte. Derselbe stellte deshalb Experimente am lebenden Gewebe an, um die Tiefenwirkung zu erproben: die Ohren zweier Kaninchen wurden völlig enthaart, entfettet, angefeuchtet und dicht aneinandergepreßt, mit der Quarzlampe, bzw. der Finsen-Reinlampe bestrahlt; bei der Quarzlampe trat nur eine oberflächliche Reaktion, keine Tiefenwirkung ein, das zweite Ohr war ganz intakt, während sich bei der Finsen-Reinlampe deutliche Tiefenwirkung zeigte.

In der Diskussion bemerkt Kromayer, daß er die Prüfung mittels Bromsilberpapier aus dem Finsen-Institute übernommen habe; nach seinen therapeutischen Versuchen bei Lupus dringt das Quarzlicht mehr in die Tiefe wie das Finsen-Licht.

Blaschko meint, daß die Fenster der Quarzlampe behufs Desinfektion abnehmbar sein müßten; wünschenswert sei die Vorstellung von Patienten, die nach der einen und der anderen Methode behandelt seien.

Schulz bemerkt, daß die Prüfung mittels Bromsilberpapier im Finsen-Institut nur in den ersten Jahren gemacht wurde, jetzt schon lange nicht mehr geübt wird.

Paul Cohn-Berlin.

Breslauer dermatologische Vereinigung.

Sitzung vom 21. Februar 1907.

Es stellen vor die Herren:

Hahn: Plastische Induration des Penis, angeblich erst seit vier Wochen bestehend, auf dem Dorsum des Penis. In der Anamnese kein Moment, das für die Ätiologie in Betracht käme.

In der Debatte heben Schaeffer und Oppler hervor, daß die Affektion sich häufiger fände, und daß sie event. spontan zurückgehen könnte, Stein hat auch seitlich lokalisierte Indurationen beobachtet, Loewenhardt empfiehlt alle Fälle zu endoskopieren.

Bartsch: Gumma des Hodens. Der Patient, dessen Infektion acht Jahre zurückliegt, erkrankte vor 5 Wochen unter den Erscheinungen einer Epididymitis. Man fühlt die Epididymis und den Hoden lappig vergrößert. Nach Einleitung der gemischten antiluetischen Behandlung, schon auf 0,3 g Kalomel und Jodkali, vollständiger Rückgang.

Schattemann: Lupus pernio. 1895 Beginn an den Fußzehen, dann Erkrankung der Finger, dann des Gesichtes. Nase, Ohren sehr stark verdickt und bläulich rot verfärbt. Zieler, der exzidiertes Material untersucht hat, berichtet, daß die histologische Untersuchung das typische Bild der Tuberkulose ergebe, daß reichliche Impfungen an Meerschweinchen nur Erscheinungen toxischer Art, aber keine Tuberkulose hervorgerufen, und daß selbst Dosen von 10 mg Tuberkulin keine Reaktion hervorgerufen.

Anschließend daran schildert Hartung einen Fall von Impftuberkulose am Ohr (Ohrringstechen), bei dem nach Darreichung von großen Tuberkulindosen Reaktion auftrat und nach deren Abklingen frische Lupusknötchen.

Hauff: Hauttuberkulose. Bei dem Kinde, dem eine Tuberculosis verrucosa cutis durch Exzision entfernt wurde, ergab eine Tuberkulininjektion das interessante Ergebnis, daß die Excissionsstelle nicht reagierte, wohl aber eine Anzahl am Körper verstreuter Folliclisnarben.

Zieler: a) Fall von Folliclis (Demonstration der Moulage). Es finden sich an beiden Unterschenkeln neben den typischen Narben ausgedehnte In-

filtrate, die man als Erythème induré de Bazin ansehen konnte und typische Tuberkulinreaktion ergaben;

b) Hauttuberkulose. Der Patient leidet an einer eigenartigen, noch nicht bekannten Form von Scleritis. Außerdem zeigt er am ganzen Körper verstreut Folliclisnarben und dazwischen große bläulich-rote indurierte Flächen. Lupus am Halse und Fuß, eine schwach ausgeprägte Affektion am Thorax, die als Lichen scrophulosorum angesehen werden muß und große Drüsenpakete. Kurz fast alle Formen der äußeren Tuberkulose. Tuberkulininjektionen ergaben eine heftige Allgemeinreaktion, lokale Reaktion nur an den lupösen Herden, daneben aber eine ausgesprochene Besserung der Scleritis;

c) Urtikarielles Erythem nach Pyramidongebrauch, nach einigen Stunden an den Unterarmen und den Darmbeinschaufeln symmetrisch auftretend.

Perls: a) einen zweifelhaften Fall von Lues. Patientin hatte vor 3 Monaten, ohne daß Ulzerationen an den Genitalien nachweisbar waren, einen doppelseitigen Bubo inguinalis. In der nächsten Zeit entwickelten sich am ganzen Körper verstreut im Unterhautzellgewebe deutlich fühlbare Knötchen und Platten, die keinerlei Beschwerden verursachten. Die mikroskopische Untersuchung ergab eine entzündliche Atrophie des subkutanen Fettgewebes. Auf Jodkali trat eine entschiedene Besserung ein, gleichzeitig aber ein leidlich charakteristisches Leukoderma colli;

b) 2 Fälle von idiopathischer progressiver Hautatrophie. Bei dem einen, einem 72jähr. Manne, besteht die Affektion bereits seit 15 Jahren an den Nates, den Oberschenkeln und Knien. Am Unterschenkel findet sich eine starke Verlötung der spiegelnden Haut mit dem Unterhautzellgewebe, so daß in der Debatte Schaeffer hier an Sklerodermie denkt, wie er überhaupt der Meinung ist, daß die meisten dieser recht häufigen Fälle in einem Zusammenhange mit der Sklerodermie stehen. Oppler berichtet über einen Fall, der bei einem kräftigen Manne von 27 Jahren bestand, und zwar ein einziger isolierter talergroßer Herd über dem rechten Olekranon.

Grosser: a) Alopecia areata mit Finsen behandelt. Der Fall, der übrigens schnell abheilte, interessiert dadurch, daß einige Wochen nach Beendigung der Lichtbehandlung an den bestrahlten Stellen Nekrosen der Haut in der Art der Röntgenulcera, nur viel oberflächlicher als diese, auftraten. Wie die Debatte ergibt, ist den Anwesenden weder aus eigener Erfahrung noch aus der Literatur ein Analogon bekannt;

b) Lues spinalis. Infektion von 1901; in diesem und im nächsten Jahre je eine Kur. Dann 3 Jahre ohne Behandlung. Vor $^1/_2$ Jahre wieder Aufnahme der Behandlung mit Besserung. Pat. bietet das Bild der spastischen Spinalparalyse, kombiniert mit einer Reihe von Symptomen, die vielleicht durch eine Hemiplegie verursacht sind.

Harttung berichtet a) über einen Fall von frischer Lues, bei dem nach Hg-Injektionen Schmerzen, Drüsenschwellungen und schmerzhafte Reizung des Schädelgewichtes auftraten;

demonstriert b) das Schädeldach einer syphilitischen Patientin, die an einer Hg-Intoxikation (nach drei Injektionen von Hg. salicyl. unstillbare Diarrhöen, Herzschwäche, Exitus) zugrunde ging. Es handelte sich um eine im ganzen seit 3 Monaten bestehende Syphilis, die außer einem Exanthem periostale Schwellungen am Kopfe intra vitam aufwies. Das Präparat zeigt nun bereits tiefgehende Veränderungen der Schädelkapsel, deren histologisches Bild das der rarefizierenden Ossitis bzw. eines gummösen Zustandes war.

In der Debatte einigt man sich — wie schon früher bei ähnlichen Fällen —, daß man die zu Lehr- bzw. Erklärungszwecken aufgestellte Teilung in primäres, sekundäres und tertiäres Stadium angesichts der klinischen Erfahrungen fallen lassen muß. Schon in ganz frühen Stadien der Erkrankung können die inneren Organe ebenso ergriffen sein wie die äußeren. Stein berichtet über Apoplexien bald nach dem ersten Exanthem. Bezüglich der Therapie ist Loewenheim der Ansicht, daß bei spinalen Formen der Lues ausschließlich das Quecksilber wirksam ist, während Loewenhardt die Jodtherapie und der durch sie hervorgerufenen Erhöhung der Viskosität des Blutes eine wichtige Rolle zuerteilt.

Höhne: Mycosis fungoides (?). Vor $^1/_4$ Jahre Beginn mit einem Tumor der Achselhöhle unter der Haut, dann Durchbruch und Bildung neuer Knoten auf der Haut. (Die Affektion macht in der Art der Ausstreuung am Körper und in dem Wachstum der Tumoren einen durchaus malignen Eindruck, und da jedes prämykotische Stadium gefehlt hat, dürfte die Diagnose vielleicht in pejus zu ändern sein. D. Ref.)

Hahn stellt noch einmal die beiden kleinen Schwestern mit Xeroderma pigmentosum vor, die jetzt 6 Monate außerhalb der Klinik gewesen sind. Bei der einen ist eine Besserung zu konstatieren, die kleinere aber zeigt multiple Drüsenschwellungen, allerdings keine neuen Warzenbildungen. Die seinerzeit exzidierten Warzen erwiesen sich bei der histologischen Untersuchung als karzinomatose Bildungen. Stein berichtet, daß er bei seinen Fällen (in Görlitz) gute Resultate mit Radiumbehandlung erzielt habe.

Loewenhardt demonstriert durch Operationen gewonnene Präparate von Fällen, die alle wegen Blasenblutungen in seine Behandlung kamen. Es handelte sich a) um einen kleinen Tumor der Niere, b) um Fibrosarkom der Blase (bei einem Kinde), c) um ein (sogenanntes) Karzinom der Blase, das bereits $^3/_4$ Jahre nach der Operation rezidivfrei ist.

Wolfheim: ein frisches luetisches Exanthem bei 28jähriger Frau, das durch seine ungewöhnliche Massenhaftigkeit interessant ist.

Paul Oppler-Breslau.

Moskauer venereologische und dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 14. Dezember 1906.

1) Pospelow hält einen Vortrag über die Behandlung einiger Hautkrankheiten mittels der Stauungshyperämiemethode nach Bier und versprach bald eigene Erfahrungen auf diesem Gebiete zu veröffentlichen.

2) Tschlenow macht eine vorläufige Mitteilung über die Behandlung der Ulcus molle-Bubonen nach der Bierschen Methode. In 14 Fällen gelang es dem Vortr., 6mal die Eiterung zu vermeiden, 8mal aber mußten die Bubonen inzidiert werden, wonach die Methode fortgesetzt wurde. Im allgemeinen kann man doch zu günstigen Schlüssen kommen.

Diskussion: Sinitzin glaubt, daß die neue Methode keinen besseren Erfolg als die früheren chrirurgischen habe, wie z. B. die Methode der Verminderung des inneren Druckes durch frühzeitige Punktion.

Krasnoglasow möchte die erfolglosen Fälle des Vortr. durch schankrösen Charakter der Bubonen erklären, wobei Mißerfolg überhaupt alle Methoden erwartet.

Pospelow hält den schankrösen Charakter der Bubonen in allen Fällen

des ungünstigen Einflusses der Bierschen Methode solange für unbewiesen, bis man aus dem Eiter dieser Bubonen den Ducrey-Unnaschen Streptobacillus nicht gezüchtet hat.

3) Reschetillo demonstriert einen 48 Jahre alten Kranken mit 25jähr. Sycosis labii sup. et narium, der nach 8 Röntgen-Sitzungen kuriert ist.

Diskussion: Mestscherski bemerkt, daß es unmöglich ist, ohne den Kranken oder wenigstens seine Photographie vor der Behandlung zu sehen, über den Erfolg der Therapie zu urteilen.

Bogrow meint, daß die Beobachtungsfrist zu kurz ist, um in der vollkommenen Genesung überzeugt zu sein.

Pospelow, Sinitzin und Sokolow fanden auf der oberen Lippe Erscheinungen, die sie als Reste der Sycosis betrachten müssen.

4) Sokolow zeigt drei Kranke (Epithelioma nasi et labii sup.) und eine Kranke (Naevus vasculosus), die mit 10 mgr Radiumbromid behandelt wurden. Zwei Kranke mit Epitheliom sind geheilt (nach 17 und 9 Sitzungen), zwei Kranke (Epithelioma vorax nach acht und Naevus vasc. faciei nach 41 Sitzungen) haben sich wesentlich gebessert.

Diskussion: Tschlenow teilt mit, daß er in einem Falle vollständige Genesung eines Naevus vasculosus nach Finsen-Therapie gesehen hatte.

Bogrow fragt, ob jede Radiumsitzung eine Exulzeration hervorrufen soll.

Sokolow antwortet, daß eine 3 Minuten lange Anwendung von 10 mgr Radii bromati nur schwache Hyperämie und Schwellung der Haut, 10 Minuten lange oberflächliche Blasen ohne nachfolgender Narbe, 20 Minuten lange aber Ulcera und Narben zur Folge hat. Deswegen werden von ihm hauptsächlich Sitzungen von 10 Minuten langer Dauer angewendet.

Bogrow glaubt, daß man eine größere Fläche der Haut mit Radiumbromid zu derselben Zeit behandeln könnte, wenn man die Kapsel auf einer gewissen Distanz von der Haut befestigen würde.

Sinitzin möchte die Zeit der Beobachtung für ungenügend halten, um von einem schließlichen Effekt zu sprechen.

Pospelow bemerkt, daß der Vortr. seine Kranken jetzt noch im Verlaufe der Behandlung vorstellt.

5) Wermel macht eine Mitteilung über die Behandlung universellen Hautjuckens mittels Dampfbäder, die in 8 Fällen guten Erfolg gebracht haben.

Diskussion: Speranski beobachtete in den Fällen des Vortr. Verminderung des Pruritus schon nach dem ersten Bad.

Krasnoglasow meint, daß hier wie auch bei den Heißluftbädern eine Steigerung der allgemeinen Metamorphose die Hauptrolle spielt.

Wermel möchte den Erfolg auch durch direkten Einfluß der Dampfbäder auf die Haut erklären, weil andere ähnliche Faktoren (photoelektrische Bäder, Hochfrequenzströme) ohne Wirkung blieben.

Reschetillo würde den X-Strahlen bei Pruritus cutaneus partialis den Vorzug geben.

Pospelow bemerkt, daß die Dampfbäder in Rußland eine große Verbreitung unter dem Namen der russischen „Banja" haben und beim Volke als Lieblingsmittel fast in allen, nicht nur Hautkrankheiten angewendet werden. Aber doch sieht man oft im Gegensatz zu den Beobachtungen des Vortr. eine Verschlimmerung des Hautjuckens, dessen Ursachen durch dieses Mittel nicht immer beseitigt werden.

Sitzung vom 10. März 1907.

1) Sokolow demonstriert zwei geheilte und drei gebesserte Epitheliomfälle nach Radiumbehandlung.

Diskussion: Reschetillo möchte wissen, wie groß die Radioaktivität des angewandten Radiumsalzes war.

Sokolow antwortet, daß die Radioaktivität der angewandten 10 mgr Radii bromati nicht bestimmt wurde.

Bogrow betont, daß die Bestimmung der Radioaktivität der anwendbaren radioaktiven Verbindungen keinen klinischen Wert hat, denn erstens werden dabei qualitativ verschiedene Energien (z. B. die von Radium und Uran) verglichen, es wird nur ein einziger Effekt dieser Energie ohne Zusammenhang mit der therapeutischen Wirkung (Fluorescenzerregung, Jonisierung usw.) gemessen und endlich wird die individuelle Empfindlichkeit aus dem Auge gelassen.

Pospelow lenkt die Aufmerksamkeit der Versammlung auf den therapeutischen Erfolg der Radiumbehandlung.

2) Bogrow stellt eine 48jährige Kranke mit Acanthosis nigricans vor. Die Krankheit begann vor $6^1/_2$ Monaten und führte zur bräunlichgrauen Verfärbung des Halses, der Achselhöhlen, der Ellenbeugen, der Kniekehlen und besonders der Inguinalfalten, der Genitalien und der perianalen Gegend. Bald wurde auf denselben Stellen die Haut rauher, es entstand starkes Jucken. Später entwickelten sich auf den schärfer ausgeprägten Hautfeldern papillom- und molluscumartige Excrescenzen. Papillomatöse Wucherungen befinden sich jetzt auch auf der Oberfläche der Zunge, auf dem Zahnfleisch, auf dem harten Gaumen, auf den Lippen, in den Nasenlöchern, an den Tränenpunkten der Lider, auf der Mucosa der Scheide. Auf den Fußsohlen und Handtellern Verdickung der Hornschicht und starke Prominenz der Papillarleisten ohne Pigmentablagerung. Starker Haarausfall in Axillis, Regio pubica, in den Augenbrauen und auf dem behaarten Kopfteile. Nägel unverändert. Die Leber ist sehr vergrößert, leicht beweglich, auf ihrem rechten Lobus ein länglicher, unebener Tumor, ein anderer unter der Curv. maj. ventriculi. Mikroskopische Untersuchung ist noch nicht beendigt. Der Fall ist der fünfte in Rußland und der 45. in der Literatur.

3) Pospelow zeigt neue Moulagen der dermatologischen Klinik, teils aus Paris von Baretta bekommen, teils musterhaft von Fiwliski-Moskau ausgeführt.

4) Licharew zeigt zwei Fälle mit unbestimmter Diagnose: a) einen 27jährigen Studenten, der $3^1/_2$ Jahre an subkutaner Absceßbildung des behaarten Kopfteiles leidet. Die Abscesse haben ein Aussehen halbkugelförmiger Tumoren, enthalten einen bräunlichen sterilen Eiter und sind miteinander durch fistulöse Gänge verbunden; b) einen 23jährigen Schmied, der seit 8 Jahren an einer chronisch verlaufenden Hautentzündung mit Knötchenbildung und nachfolgender Petrifikation der befallenen Hautstellen auf der rechten unteren Extremität leidet. Tuberkelbazillen und Riesenzellen konnten nicht nachgewiesen werden.

5) Bogrow und Marzinowski berichten über Blastomyceten und ihre Beziehung zu den Hautkrankheiten. Die Vortr. kommen zu folgenden Schlüssen: Auf der gesunden und krankhaft veränderten Menschenhaut sind Blastomyceten häufig zu treffen. Besonders oft sind sie an Stellen mit reicher Talgabsonderung nachweisbar. Die auf der Haut saprophytisch

lebenden Blastomyceten können pathogen werden, ihre Resistenzfähigkeit kann gegenüber der reaktiven Entzündung steigen, und wenn noch eine Schwächung des Gesamtorganismus stattfindet, kann eine wirkliche Hautblastomykose entstehen. Charakteristisch aber für die anfängliche Hautblastomykose ist das acneiförmige Aussehen der Eruption. Bogrow-Moskau.

V. Vermischtes.

— Schreibers Arzneiverordnungen (Frankfurt a/M. 1907, Alt.) sind ebenso wichtig für den praktischen Arzt, wie für den Spezialisten. Es findet gerade in unserer Zeit ein so starker Wandel der Arzneiverordnungen statt, daß derartige Übersichten von Zeit zu Zeit durchaus notwendig sind. Es ist charakteristisch, daß z. B. in der vorliegenden 7. Auflage bereits 123 der „neuen" Heilmittel aus der vorigen Auflage gestrichen werden mußten, weil sie teils garnicht mehr im Gebrauch waren, teils sich nicht einzubürgern vermochten. Dafür wurden reichlich 50 neue Heilmittel, besonders eine Anzahl lokaler Anästhetika aufgenommen, die mittlerweile aufgetaucht sind und der weiteren Prüfung auf ihre Existenzberechtigung harren. Es leuchtet ein, wie wichtig es ist, daß auch der Spezialist mit diesen Fortschritten vertraut sein muß, und daher scheint mir die vorliegende Zusammenstellung sehr empfehlenswert.

Ungefähr dem gleichen Zwecke dienen W. von Grohmans „Neue Heilmittel und neue Heilmethoden" (Frankfurt a/M. 1907, Alt). Das Büchlein stellt eine durch Hinzunahme einzelner Abschnitte älterer Jahrgänge vervollständigte Ausgabe der 8. Auflage des ärztlichen Jahrbuches dar. Hinzugekommen sind die Sammlungen von Referaten und Notizen über neue Heil- und Untersuchungsmethoden, Rezepte und Apparate. So dürften die Referate über Themen, wie Biersche Saug- und Stauungsbehandlung, Röntgen-Therapie, endovenöse Therapie, Heißluftapparate auch für unser Spezialfach hohes Interesse bieten. Sehr wichtig scheint mir, daß im Arzneimittelverzeichnis von der Aufführung der älteren Mittel ganz abgesehen wurde, um Platz für ausführlichere, den Leser nicht nur mit neuen Namen bekannt machende Charakteristik der Mittel jüngeren Datums zu gewinnen. Besonders anerkennenswert ist, daß die „Mitteilungen" und „Sammelreferate" sich bemühen von den wichtigsten, für den Praktiker beachtenswerten Ereignissen Bericht zu bringen. So wird dieses Büchlein sich gewiß auch in Spezialistenkreisen bald Freunde erwerben.

Schließlich sei noch des von Dr. von Grolman herausgegebenen Ärztlichen Jahrbuches gedacht, dessen 8. Jahrgang für 1907 uns nun vorliegt. Die äußerst praktische Form dieses Taschenkalenders, bei welchen jeder einzelne Monat besonders geheftet ist, wird gewiß von vielen Seiten, zumal bei dem sehr mäßigen Preise von 2,50 Mk. gegenüber anderen ähnlichen Kalendern bevorzugt werden. J.

VI. Personalien.

— Geh. Rat Prof. Neisser feierte vor kurzem sein 25jähr. Professoren-Jubiläum.

Um Einsendung von Separatabzügen und neuen Erscheinungen an den Herausgeber Dr. Max Joseph in Berlin W., Genthiner Strasse 5, wird gebeten.

Verlag von Veit & Comp. in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

/

Dermatologisches Centralblatt.

INTERNATIONALE RUNDSCHAU

AUF DEM GEBIETE DER HAUT- UND GESCHLECHTSKRANKHEITEN.

HERAUSGEGEBEN
VON
DR. MAX JOSEPH
IN BERLIN.

Zehnter **Jahrgang.**

Monatlich erscheint eine Nummer. Preis des Jahrganges 12 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie direkt von der Verlagsbuchhandlung Veit & Comp. in Leipzig.

1907. **Juni.** **Nr. 9.**

I. Originalmitteilungen.

[Aus dem dermatolog. Institute der königl. ung. Universität in Budapest.]
(Vorstand: Prof. Dr. Ludwig Nékám.)

Ein Fall von Xeroderma pigmentosum mit letalem Ausgange infolge von Karzinom bei einem 8jährigen Knaben.

Von Dr. **Josef Guszman**, Assistent.

Das Xeroderma pigmentosum gehört zu den seltenen Hautkrankheiten und besäße infolgedessen vom praktischen Standpunkte aus keine große Wichtigkeit, wenn es kein gefährliches, häufig zum Tode führendes Leiden wäre. Letzterer Umstand sollte die allgemeine Aufmerksamkeit gegenüber der Krankheit um so eher wachrufen, da dieselbe im Anfang den Anschein eines ziemlich unbedeutenden Übels hat, was den Arzt leicht zur Stellung einer guten, also falschen Prognose bewegen könnte.

Das Xeroderma pigmentosum genannte Übel, von Kaposi mit diesem Namen belegt und zuerst abgegrenzt, nimmt in der überwiegenden Mehrzahl der bis jetzt bekannt gewordenen Fälle in der frühesten Kindheit seinen Anfang. Die ersten Lebensjahre sind es, in welchen die Anfangssymptome des Leidens auftreten. Dieselben scheinen zunächst ziemlich unschuldig zu sein. Im Gesichte, auf den Ohren, am Halse und auf den Rücken der Hände, mit einem Worte, auf den unbedeckten Körperteilen entstehen kürzere oder längere Zeit andauernde Erytheme, kleine entzündliche Erscheinungen, die im Anfange noch vorübergehender Natur sein können. Diese Symptome melden sich in einem ansehnlichen Teil der Fälle an den ersten heiteren Frühlingstagen, also dann, wenn das Kind durch den ersten Sonnenschein getroffen wird. Die entzündlichen Hautzustände,

Abschuppungen und Erytheme werden später immer intensiver, und bleiben endlich stationär, welcher Zustand sozusagen das erste Stadium der Krankheit bildet. Die von nun an auftretenden Symptome sind schon derartig, daß sie zur sicheren Erkennung des Übels dienen können. Solche Symptome sind in erster Reihe jene hanfkorn- bis linsengroßen und sogar noch größeren schmutzig gelblich-bräunlichen pigmentierten Flecke, die anfangs für einfache Sommersprossen gehalten werden könnten, wenn sie nicht mit entzündlichen Zuständen der Haut verknüpft wären. Später treten inmitten der entzündlichen und pigmentierten Flecke eingestreute kleinere und größere blasse, weißliche, etwas glänzende, atrophische und sogar narbige Stellen auf, in denen teilweise feine Gefäßektasien zu sehen sind. Damit ist das Krankheitsbild vollkommen charakteristisch geworden, die Krankheit ist vollständig entwickelt.

Unterdessen können Jahre vergehen. Inzwischen wird die Haut der erwähnten Körperteile, besonders des Gesichtes immer dünner, atrophisch, während die Pigmentation stetig anwächst, so daß zumeist das Gesicht der jugendlichen Kranken, einen eigentümlich ältlichen, senilen Ausdruck annimmt. Der allgemeine Ernährungszustand kann um diese Zeit noch tadellos genannt werden. Dieser Zustand wendet sich jedoch in den meisten Fällen früher oder später dennoch zum Schlimmen. Gewöhnlich entstehen auf der pergamentartigen, atrophischen Haut des Gesichtes kleine, manchmal warzenartige Geschwülstchen, die bald schneller, bald langsamer großwachsen, exulzerieren und anatomisch sich als wirkliche Krebsgeschwülste erweisen.

Damit gelangt die Krankheit in das fatale Stadium; von da an ist das Erfolgen des letalen Ausganges nur eine Frage der Zeit. Dieses Stadium kann monatelang anhalten, kann sich aber auch jahrelang hinziehen.

Die krebsige Veränderung der xerodermatösen Haut kann in verschiedenem Lebensalter erfolgen, zumeist dennoch im Laufe des zweiten Dezenniums, hauptsächlich gegen Ende desselben.

Unser Fall, der übrigens auch in seiner klinischen Erscheinung alle charakteristischen Symptome inne hat, ist besonders seines malignen und raschen Verlaufes wegen erwähnenswert, und so wollen wir ihn nachstehend in seinen Hauptzügen darstellen:

Der 8jährige K. O. wurde am 3. Sept. 1904 auf die XI. Filialabteilung des St. Rochus-Spitales (Ordinarius: Prof. Nékám) aufgenommen. Eine ähnliche Erkrankung kam in dessen Familie nicht vor. Die Haut seiner drei Geschwister (zwei Mädchen, ein Knabe) zeigt vollständig normale Verhältnisse. Der Kranke ist seit seinem ersten Lebensjahre leidend, zu welcher Zeit — nach Aussage seines Vaters — an den unbedeckten Körperteilen, also im Gesicht, an den Ohren, Hals und Händen

Bruhns demonstriert den Darm einer von Hg-Vergiftung ad exitum gekommenen Patientin. Dieselbe, eine an sekundärer Lues leidende 25jährige Person, bekam nach 10 Einreibungen à 4 g eine Stomatitis, ein hämorrhagisches Erythem, Durchfälle, zuletzt auch Nephritis, und erlag einer Herzschwäche. Die Obduktion ergab tiefgreifende Geschwüre im Darm, die besonders im Dickdarm bis auf die Muscularis gingen. Bemerkenswert ist, daß die Hg-Idiosynkrasie anscheinend erst im Laufe der Behandlung eintrat.

Derselbe zeigt ferner Photographien eines Falles von akquirierter Vitiligo.

Derselbe spricht über Elephantiasis recti. Vortr. hat sich gewöhnt, in Fällen von Elephantiasis vulvae stets das Rectum zu endoskopieren, um event. die Vorstadien der Strikturen, bzw. der Elephantiasis recti, wie Erhebungen, Wulstungen, Polypen der Schleimhaut in der Ampulle frühzeitig zu erkennen und zu behandeln. Die Ursache des Leidens bildet nach Ansicht des Vortr. fast immer die Lues, deshalb ist in diesen Fällen neben Bougierung frühzeitige energische spezifische Kur indiziert.

In der Diskussion wird darauf hingewiesen, daß auch andere Ursachen, wie Gonorrhoe, Ulcus molle, Mischinfektionen, sowie Tuberkulose ätiologisch in Betracht kommen können; Heller empfiehlt Thiosinamininjektionen.

Paul Cohn-Berlin.

X. Kongreß der Association française d'urologie.

(Annales des malad. d. org. genit.-urin.)

Gegenstand der Tagesordnung war dieses Mal die Pathologie und Therapie der Uronephrosen; am 2. und 3. Sitzungstage wurden aus allen Gebieten der Urologie zahlreiche interessante Berichte und Beobachtungen zur Mitteilung gebracht.

Harnröhrenerkrankungen.

Bei Harnröhrenspülungen verwirft Duchastelet die Kokainisierung, weil sie Keime in die Blase verschleppen kann und die für die Menge des Einzuspritzenden notwendige Kontrolle des Schmerzes des Patienten aufhebt; bei akuten Zuständen spült er rückläufig durch einen Charrière 12 dünnen Nélatonkatheter. Hamonic bedient sich der rückläufigen Katheterspülung seit 15 Jahren. Escat, Frank, Le Fur bevorzugen die Janetsche Methode, welche sich mit Kokainisierung auch bei sehr empfindlichen und nervösen Personen durchführen lasse. Duhot bringt die anästhesierende Flüssigkeit durch einen Katheter hindurch in die Harnröhre und benutzt nur schwache Lösungen als Spülmittel. Pasteau ersetzt die Janetschen Spülungen nur bei Sphinkterenspasmus und bei Überempfindlichkeit durch rückläufige. Desnos endlich betont, daß bei akuter Entzündung jede örtliche Behandlung, ob mit, ob ohne Katheter, schädlich sei.

Durch ein Clysopomp macht Bonneau die Einspritzungen in die Harnröhre; er hält das für bequemer und reinlicher.

An Harnröhreninstrumenten demonstriert Janet einen modifizierten Dilatator nach Holt, Freudenberg Mandrins für weiche und halbweiche Katheter, Hamonic einen Urethrographen (sinnreicher, aber wohl für die Praxis zu komplizierter Registrierapparat für Weite, Widerstand, Form von Strikturen), Desnos ein nur für Geübte empfohlenes anterogrades Urethrotom.

Über die Urethroskopie äußert sich Lebreton auf Grund von 200 Beobachtungen dahin, daß sie diagnostisch zwar sehr interessant, aber therapeutisch keine große Rolle spiele, nur gegen Drüsenerkrankungen und

Der Kranke gelangte also — wie ersichtlich — schon sehr früh in das tumoröse Stadium. Sein Zustand verschlimmerte sich vom Aufnahmetage an in rapider Weise, indem die Knoten, besonders der auf der rechten Wange sitzende große Tumor, augenscheinlich anwuchsen. Indessen wurde die Hautatrophie und besonders die Pigmentation immer intensiver; bezüglich letzterer wollen wir bemerken, daß gegen Ende Oktober 1904 schon auf der Bindehaut, und sogar auf der Mundschleimhaut linsengroße, pigmentierte Flecke vorhanden waren. Die anfangs versuchsweise angewandte Röntgen-Behandlung blieb vollkommen resultatlos, so daß wir — in Anbetracht der Bildung der multiplen und schnell anwachsenden Tumoren, sowie der starken Drüseninfiltration — nur eine palliative Behandlung in Anwendung bringen konnten. Zu diesem Zwecke machten wir antiseptische Verbände. Im November 1904 verbreiteten sich die krebsigen Geschwülste, in erster Reihe der von der rechten Wange ausgehende Tumor mit enormer Geschwindigkeit, immense Verheerungen anrichtend (Fig. 1). Der Kranke, den wir am 26. November im Budapester Ärzteverein vorzustellen Gelegenheit hatten, bot alsbald die schwersten allgemeinen Symptome dar. Still in sich selbst verschlossen saß er den ganzen Tag über in seinem Bette; nur während des Verbindens und Reinigens brach er in heftiges Weinen aus. Der große Tumor breitete sich nun auch schon auf den Hals aus, zeigte starken Zerfall, was oft zu stärkeren Blutungen führte.

Mitte Dezember 1904 hatte der Tumor bereits die ganze Wand der Wange durchwachsen und griff auch auf deren Schleimhaut über, was infolge des rapiden Zerfalles alsbald zu Perforation führte, so daß während des Kauens ein Teil der im Munde befindlichen Speisen in den Verband geriet. Nun zeigte der Zustand des kleinen Patienten die schrecklichsten Symptome. Er bekam unregelmäßiges, intermittierendes Fieber (bis 39,8°), wurde somnolent und refüsierte fast jegliche Nahrung. Zu alledem traten heftige, ausstrahlende Schmerzen hinzu, die sich hauptsächlich auf die rechte Gesichtshälfte und auf den Hals lokalisierten (Nervendruck) und gegen die wir nur mit ausgiebigen Morphingaben ankämpfen konnten. In den letzten Tagen des Dezember 1904 (vom 28. an) wurde der Kranke soporös, bald traten Delirien auf und am 2. Januar 1905 erfolgte der letale Ausgang.

Die am nächstfolgendem Tage stattgehabte und von Herrn Dr. Fleischmann, Assistenten des Herrn Prof. Otto Pertik, ausgeführte Sektion, förderte verhältnismäßig wenig neues zutage, und so halten wir es für genügend, wenn wir nur einige wichtigere Daten des Sektionsprotokolles anführen. Krebsige Metastasen waren im ganzen Körper nicht zu finden. Selbst die genaue und mehrfach wiederholte mikroskopische Untersuchung der harten und klinisch, krebsig infiltriert scheinenden, sub-

mandibularen Drüsen konnte in denselben keine krebsigen Metastasen nachweisen (eigene Untersuchung). Statt dessen war an Stelle der rechtsseitigen Glandula submaxillaris eine Absceßhöhle vorhanden, die sich auf die rechte Seite des Kehlkopfes fortsetzend, die Schilddrüse abhob und bloßlegte. Der Boden der Mundhöhle, die Wangenschleimhaut und Wangenmuskulatur rechterseits war von zerfallenden, schmutziggraugrünen, höckerigen Geschwulstmassen durchdrungen, die sich bis zum Zungengrunde ausdehnten, nach hinten zu den weichen Gaumen erreichten, aber ohne dessen Schleimhaut zu durchbrechen.

Pathologisch-anatomische Diagnose: Xeroderma pigmentosum antibrachii et manus utriusque, faciei et colli. Carcinoma exulceratum labii inferioris et sup. later. dentri cum propagatione ad musculos et mucosam oris. Perichondritis purulenta cartilag. thyreoideae dextr. Degeneratio adiposa hepatis. Anaemia et emaciatio max. gradus. Inanitio.

Ein interessantes Resultat ergaben die histologische Untersuchung, die wir an der an Xeroderma pigmentosum erkrankten Haut und an einzelnen Geschwülsten vornahmen. Zu diesem Zwecke verarbeiteten wir so dem Lebendem, wie gelegentlich der Sektion der Leiche entnommenes Material. Den Gegenstand unserer ersten Untersuchung bildete ein noch während des Lebens exzindierter kirschkerngroßer Tumor der linken Wange. Die typische, krebsige Natur desselben konnte ich schon gelegentlich meiner Krankenvorstellung im Ärzteverein demonstrieren.

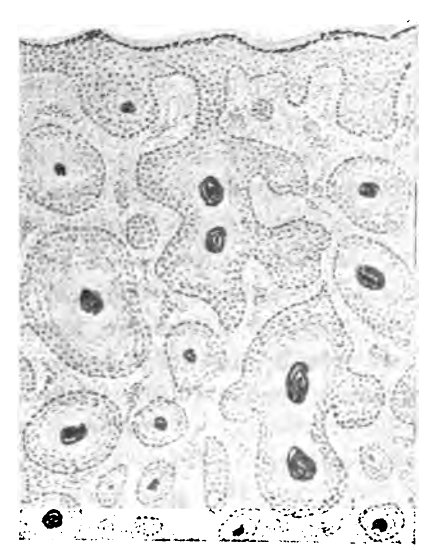


Fig. 2.

Meine auf die Tumoren bezüglichen Daten sind kurz zusammengefaßt folgende: Alle zeigen das Bild des charakteristischesten Plattenepithelialkrebses. Von dem verdickten Epithel und dessen unregelmäßig in die Tiefe greifenden Epithelzapfen geht eine massenhafte, epitheliale Wucherung aus, die zwischen dem teilweise stark zellig infiltriertem Stroma charakteristische Krebsnester bildet. Mit dem Größerwerden der krebszelligen Massen flachen in deren Centrum die Zellen ab, ordnen sich konzentrisch an und erleiden hornige Umwandlungen, was zur Bildung von Epithelperlen führt (Fig. 2). Diese Krebszwiebeln waren besonders stark und in großer Anzahl in dem kleinen Tumor der linken Wange

zugegen, so daß man von einem wahren Carcinoma cancroides sprechen kann. In dem großen, zerfallenden, krebsigen Tumor bekamen wir die gewöhnlichen, für das krebsige Geschwür bezeichnenden Umwandlungen: Dicke eitrige Infiltration und Zerfall des Stroma, eitrige Infiltration der krebsigen Massen.

Von Interesse sind auch jene histologischen Befunde, die sich auf die nicht krebsigen, sondern pigmentierten und atrophischen Teile des Gesichtes und der Händerücken beziehen. Dieselben bilden die anatomische Basis der späteren krebsigen Entartungen. Die auf Pigment untersuchten dunkel gefärbten Hautpartien zeigen, daß dasselbe in größeren Massen so im Epithel wie im Corium vorzufinden ist. Das Pigment kommt bald in Form feiner Körnchen, bald in derjenigen mehr grober gelblicher, oder bräunlich-schwarzer Schollen vor, und zwar im Epithel fast ausnahmslos intracellulär. Anders steht die Sache mit dem im Corium bzw. dessen Papillenkörper befindlichem Pigment. Hier sind auch solche Körner und schollige Massen zu finden, die ganz frei, ohne jegliche zellige Abgrenzung umher zu liegen scheinen. Wir wissen, daß ähnliche Angaben in der Literatur schon bekannt sind (Campana, Unna) und so beschränken wir uns nur auf die Erklärung dessen, daß es für sehr wahrscheinlich zu halten sei, daß die Pigmentschollen nur sekundär, nach Zugrundegehen der sie enthaltenden Bindegewebszellen zu extracellulären Gebilden geworden sind. Die Berechtigung dieser Annahme beweisen zahlreiche unserer Präparate, wo Übergangserscheinungen zwischen dem intra- und extracellulärem Zustand zu beobachten sind. Bezüglich der im Epithel sitzenden Pigmentstellen ist erwähnenswert, daß dieselben dort, wo der Farbstoff massenhaft zu finden ist, oft die ganze Dicke der Epithelschicht einnehmen. Dies geht so weit, daß wir selbst in der Hornschicht Pigment vorfinden, welches aber dort natürlich infolge der vollständigen Verhornung der Epithelzellen seine intracelluläre Anordnung teilweise verloren hat. Letztere Erscheinung zeigte sich besonders scharf auf der Haut der Händerücken. Bezüglich des Pigmentes ist noch zu bemerken, daß dasselbe selbst innerhalb der einzelnen, makroskopisch als einheitliche Pigmentflecke imponierenden, dunklen Hautstellen in Gruppen geordnet vorkommt. Daß die Pigmentanhäufung im Corium mit einem besonderen Verhalten der Blutgefäße (Erweiterung, Proliferation) zusammenfiele (Wesolowski, Pick), haben wir, gleich Unna, auch nicht konstatieren können. Die histologische Untersuchung der atrophischen weißlich glänzenden Flecke zeigte besonders an dem dem Gesichte entnommenen Materiale sehr hochgradige Veränderungen. Das Epithel ist in seiner ganzen Dicke stark geschwunden, Zapfen sind entweder überhaupt nicht, oder nur in Form kleiner Höcker vorhanden. Die untere Grenze des Epithels nimmt dadurch einen fast glatten Verlauf an. Infolge dieser Anordnung der

Epithelschichten können wir auch von Bindegewebspapillen nicht recht sprechen. Dieselben sind morphologisch gar nicht zu erkennen. Dem anatomischen Platze des Papillarkörpers entsprechend finden wir ein ebenso verändertes Bindegewebe, wie in der Tunica propria des Corium. Das ganze Corium ist auffallend dünn, atrophisch. Die Kollagenfasern sind in dünnen, parallel laufenden Bündeln angeordnet und werden durch saures Fuchsin größtenteils schwächer, blässer als gewöhnlich gefärbt. Das Maß dieser ungehörigen Färbung ist bündelweise sehr verschieden.

Zellige Infiltration, besonders um die Blutgefäße herum, findet sich sogar auch an diesen atrophischen und degenerierten Stellen. Die elastischen Fasern zeigen sehr auffallende morphologische und tinktorielle Veränderungen. Sie ziehen allgemein in festen Bündeln dahin und sind stellenweise angequollen, fragmentiert, schollig zerfallen anzufinden. An zahlreichen Stellen findet man ausdrücklich jene Erscheinungen, die unter dem Namen der Elastorrhexis bekannt sind. Infolge der reichlichen Elastindegeneration ist das saure Orcein nicht imstande, sämtliche Fasern zu tingieren, da ein Teil derselben eine chemische Umwandlung erlitten hat. Diese ungefärbten Fasern kann man bloß durch basische Farbstoffe (mit Methylenblau blau) färben, was ihre Umwandlung in Elacin bedeutet (Unna). In den die stärkste Atrophie und Degeneration aufweisenden Hauptpartien sind Drüsen nur äußerst mangelhaft anzufinden. Dies gilt besonders für die Schweißdrüsen, deren teilweiser oder gänzlicher Mangel besonders auffallend ist.

Überblicken wir nun kurz unsern Fall, so finden wir, daß derselbe in mehreren Beziehungen besondere Aufmerksamkeit verdient. So fällt in erster Reihe der ungewohnte, sozusagen gallopierende Verlauf des Xeroderma pigmentosum auf. In der Literatur finden wir kaum einen Fall, in welchem die zum Xeroderma pigmentosum hinzugetretene Karzinose dem Leben des Kranken ein so vehementes und jähes Ende gemacht hätte, wie dies in unserem Falle geschah. Die Fälle mit tödlichem Ausgang von Vidal,[1] Elsenberg,[2] Tenneson und Danseux[3] und anderen beziehen sich alle auf ältere Kinder (von 10—15 Jahren), obzwar dieselben sozusagen in der Literatur Exempel des jähen tödlichen Ausganges darstellen. An dieser Stelle wollen wir erwähnen, daß zwar einige solche Fälle von Xeroderma pigmentosum bekannt sind (die Fälle von Lesser und Bruns und Greeff),[4] wo die Kranken noch jünger zu-

[1] Vidal, De la dermatose de Kaposi. Annales de dermat. IV. 1883.
[2] A. Elsenberg, Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. XXII.
[3] Tenneson et Danseux, Annales de dermat. XXIV. 1893. S. 181.
[4] Greeff, Archiv f. Augenheilkunde. XLII.

grunde gingen, aber eigentümlicherweise nicht infolge von Karzinom, sondern infolge eines apoplektischen Anfalles. Diese letzteren Fälle sind insofern von Interesse, als sie die Annahme zu stützen scheinen, daß das Hauptsymptom bei den an Xeroderma pigmentosum leidenden Individuen eigentlich ein frühes Greisentum — Senilitas praecox — sei, das nicht nur auf der Haut, sondern auch an den Gefäßen in Erscheinung tritt (Lesser, Bruhns).

Unser Fall zeigt also, wie ersichtlich, das eine Extrem des Verlaufes des Xeroderma pigmentosum, den sehr frühen tödlichen Ausgang. Demgegenüber sind — ebenfalls ausnahmsweise — solche zweifellose Fälle von Xeroderma pigmentosum bekannt, die sich durch einen äußerst gutartigen, milden Verlauf auszeichneten. In diesen Fällen tragen die Kranken von ihrem Kindesalter an nur die relativ milderen Symptome des Xeroderma pigmentosum an sich, die das Leben kaum verkürzen (Neisser, Lassar, Herxheimer und Hildebrandt, Riehl, Nékám u. a.). Die an Xeroderma pigmentosum leidenden können, jedoch ganz ausnahmsweise auch vollkommen genesen, oder vielleicht, richtiger ausgedrückt: die Krankheit bleibt für lange Zeit vollständig stationär, so daß die betreffenden Individuen sich mehr oder weniger gesund fühlen. Hierher gehören die von Nékám[1] mitgeteilten interessanten Fälle: Von 4 Geschwistern ging eines infolge von Xeroderma pigmentosum zugrunde und drei genasen. Dies alles sind aber nur Ausnahmen und stärken nur die Regel, ebenso wie das andere Extrem: der in unserem Falle dargestellte äußerst rasch verlaufende tödliche Ausgang. Es ist eigentümlich, daß wir bezüglich dieser, vorzugsweise familiären und oft auf mehrere Geschwister (gewöhnlich desselben Geschlechtes) sich ausbreitenden Krankheit (Kaposi, Vidal, Greeff, Nékám u. a.), in unserem Falle ähnliche anamnestische Daten nicht gewinnen konnten. In der Familie unseres Patienten kam eine ähnliche Krankheit nicht vor, obwohl gewöhnlich und gerade in solch schweren Fällen, wie der unserige war, das Xeroderma pigmentosum oder wenigstens die eine oder die andere Teilerscheinung desselben, an mehreren Geschwistern sich vorzufinden pflegt. Diejenige Erfahrung, daß die Krankheit einen umso schnelleren Verlauf nimmt und umso schwerer sich gestaltet, je zarter das Kindesalter ist, in welchem sie einsetzt, paßt auch auf unseren Fall. Der sehr intelligente Vater (Beamter) des Kranken behauptete mit Bestimmtheit, daß das Leiden im ersten Lebensjahre seines Kindes, also schon sehr früh, auftrat. Dasselbe finden wir auch in Elsenbergs letal geendetem Falle, wo die ersten Symptome des Xeroderma pigmentosum sich schon

---

[1] Nékám, Dolgozatok ar egyetemi börkont intératböl. Orvosi hetilap. 1901. (Ungarisch.)

im 6. Monate zeigten, ebenso in K. Becks Falle, in welchem das Kind im 9. Monate erkrankte.

Auf die Frage, worin das pathologische Wesen der in Rede stehenden äußerst seltsamen Krankheit besteht, bzw. was die Ursache des Auftretens der Krankheit ist, läßt sich heute noch sehr schwer eine vollkommen befriedigende Antwort erteilen. Bakterien oder eine Infektion wird heute kaum jemand mehr zur Erklärung der Ätiologie des Xeroderma pigmentosum heranziehen. Und so bleiben nur zwei Annahmen übrig, die in dieser Frage in Betracht kommen: Die Lichtwirkung der Sonne und die angeborene, zu krankhafter Atrophie und Degeneration disponierende Hautkonstitution. Unna, Brown-Hunter, Neisser, Thibierge, Löw u. a. halten zur ersteren Annahme, und zwar auf Grund jener oft gemachten Erfahrung, daß die ersten Symptome der Krankheit infolge der Wirkung der Insolation entstehen. Unterstützt wird diese Ansicht hauptsächlich durch jene klinische Erscheinung, daß die gewöhnliche Lokalisation der Krankheit sich allgemein auf die unbedeckten, also der Wirkung des Sonnenlichtes unmittelbar ausgesetzten Hautpartien beschränkt. Die Wirkung des Sonnenlichtes müßte man natürlich in jenem Sinne auffassen, daß die Hautalteration nicht durch die Licht- oder Wärmestrahlen, sondern durch die ultravioletten chemischen Strahlen hervorgerufen wird, die auf Grund der neuesten Forschungen heute schon eine sehr große Rolle in den verschiedenen Zweigen der ärztlichen Wissenschaft spielen. Doch eine derartige Annahme der Lichteinwirkung, als alleinigen Faktor, in der Ätiologie des Xeroderma pigmentosum, kann nicht ohne Widerspruch bleiben, da bekannterweise die Hautveränderungen auch an, von der Kleidung ständig bedeckten Körperstellen zu finden sind (Kaposi, Lesser). Doch ebenso kann auch — nnd offenbar mit viel mehr Recht — angenommen werden, daß die Lichteinwirkung eben deshalb die ersten Symptome auf der Haut der Kinder auslöst, weil dieselbe schon von Haus aus pathologisch, angeboren abnorm ist. Zweifelsohne müssen wir so manches der Einwirkung des Lichtes zuschreiben, aber daß ein Kind, dem Sonnenlichte ausgesetzt, davon eine progressive Hautatrophie, und dann nach Jahren Krebskrankheit bekommen sollte, das können wir wahrlich nicht annehmen. Vielmehr richtig ist es, wenn wir, die Ätiologie des Xeroderma pigmentosum forschend, zur ursprünglichen Ansicht Kaposis zurückkehren, der das Wesen der Krankheit in einer angeborenen abnormen Bildungs- und Vegetationsanomalie der Haut suchte. Diese Annahme müssen wir deshalb für richtig halten, weil sie durch sehr plausible anatomische und klinische Daten unterstützt werden kann. Der familiäre Charakter der Krankheit (z. B. in Rüders Fällen 7 Geschwister) die anatomisch nachweisbare progressive Hautatrophie (s. histologische Untersuchung), die in vielen Beziehungen das Bild der senilen

Hautatrophie nachahmt, auf Grund dessen Kaposi von einer „senilitas cutis praecox“ sprach, dies alles sind Zeichen davon, daß hier endogene Ursachen, angeborene Erscheinungen entscheidend sind. Diese angeborene Dystrophie der Haut kann natürlich hie und da die Ursache dazu abgeben, daß die Insolation im Gesichte und auf den Händen des für Xeroderma pigmentosum prädestinierten jungen Kindes die ersten Erscheinungen auslöse. Doch dasselbe können und werden gewiß auch anderweitige unvermeidliche äußere Reize tun. In dieser Beziehung wären noch weitere Beobachtungen und Erfahrungen wünschenswert, durch welche die Ätiologie dieser höchst interessanten und etwas geheimnisvollen Krankheit besser beleuchtet werden könnte.

II. Referate.

Allgemeine Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten.

1) **Die Herstellung und Bedeutung der Moulagen (farbige Wachsabdrücke),** von Th. Photinos. (Dermatolog. Zeitschrift. 1907. März.)

Verf. beschreibt ausführlich die Herstellungsweise der Moulagen, wie sie der Mouleur Kasten in der Klinik des Prof. Lassar in Berlin ausübt, und hält es für Dermatologen für vorteilhaft, sich selbst eine Anzahl Moulagen herzustellen, wenn einem keine derartige Sammlung zur Verfügung steht, wie man sie in Berlin, Paris, Wien usw. vorfindet. Immerwahr-Berlin.

2) **Fälle von Stillstand und relativem Zurückbleiben des Flächenwachstums der Haut,** von Moriz Schein. (Pester med.-chir. Presse. 1907. Nr. 1 und 2.)

Das Haarwachstum ist dem Flächenwachstum der Haut umgekehrt proportional und man findet dementsprechend abnormes, in einzelnen Fällen sogar riesenhaftes Haarwachstum bei Stillstand oder Rückgang des Hautwachstums. Dies ist kein zufälliges Zusammentreffen, sondern beide Tatsachen stehen zueinander in kausalem Zusammenhang, und zwar derart, daß die im Flächenwachstum zurückbleibende Hautstelle besser durchblutet wird, als ihre rascher wachsende Umgebung, und daß der Überschuß an Blut und Nährmaterial, der nicht zum Wachstum der Haut selbst verwendet wird, zum Wachstum der Haare dient, während an der rascher wachsenden Haut das gesamte Nährmaterial dem Haut- und Haarwachstum gleichmäßig zu gute kommt. Dieses gesetzmäßige Verhalten weist Verf. an mehreren Beispielen aus der Literatur nach. 1) Spina bifida mit 32 cm langem Haarschwanz: Rückgang des Flächenwachtums der Haut (Fall Recklinghausen). 2) Normaler Weise tritt bei dem relativen Zurückbleiben der Schädelhaut im Vergleich zur übrigen Haut auf ersterer starkes Haarwachstum ein, was anderen Ortes nicht der Fall ist. 3) Das Zurückbleiben des Hautwachstums am Kreuzbein, wie es bei manchen Individuen in der Pubertät vorkommt, führt zu Trichosis sacralis. Auch finden sich aus gleichem Grunde Fälle von Hypertrichosis sacralis mit Spina bifida occulta. 4) Ein aus der Bauchhöhle eines 19jährigen Jünglings von Meydl entfernter Fötus — ein vor 12—13 Jahren auch außerhalb der medizinischen Welt Aufsehen erregender Fall — hatte an Stelle

des Kopfes eine runzelige Hautpartie mit etwa 40 cm langen Haarzopf, dessen Entstehung auf Stillstand des Hautflächenwachstums zurückzuführen ist. 5) In einem Falle von Akromegalie (Carl Gerhardt) bei einem 62jährigen Mann bestand ringförmiger Wachstumstillstand der Vorderarmhaut an der Stelle, an welcher das krankhafte Wachstum der peripheren Teile aufhörte. Hier war eine kranzförmige Behaarung vorhanden. 6) Hemiatrophia facialis progressiva sinistra bei einem 17jährigen Jüngling mit starker Behaarung der linken Gesichtshälfte. Stillstand des Hautwachstums. Schließlich äußert sich Verf. noch zur Entstehung des Bartes. Diese ist nicht in einer Keimanlage begründet; der Bart ist bei beiden Geschlechtern durch die Lanugohaare in ganz gleicher Weise vorgebildet. In der männlichen Pubertät geben lokale Hautqualitäten den Antrieb zum Bartwachstum. Bei bärtigen Frauen spielen solche lokale Verhältnisse, die auch erworben sein können, wie z. B. nach der Gravidität, ebenfalls eine Rolle.

G. Trautmann-München.

3) **Zur Funktion der Schweißsekretion,** von A. Adamkiewicz. (Neurol. Centralblatt. 1907. Nr. 3.)

Gegenüber Higiers Schrift über „Schweißanomalien bei Rückenmarkskrankheiten“ weist Verf. darauf hin, daß er bereits in einer 1878 erschienenen Monographie die Sekretion des Schweißes als eine Nervenfunktion gekennzeichnet und ihre Beziehungen zum Gehirn zum verlängerten Mark, zu den cerebrospinalen und sympathischen Nerven genau erörtert habe, und daß sein diesbezügliches Schema seitdem für gewisse psycho-physische Vorgänge als maßgeblich anerkannt worden sei.

J.

4) **Zur Kenntnis der Pityriasis lichenoides chronica,** von Erhard Riecke. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. LXXXIII. 1907. S. 51, 205 u. 411.)

In einer ausführlichen Arbeit bespricht Verf. an Hand dreier Fälle und unter eingehendster Berücksichtigung der sorgfältigst gesammelten Literatur Klinik und Pathologie der Pityriasis lichenoides chronica, ihre Beziehungen zur Parakeratosis variagata (Unna, Santi, Politzer), (Lichen variegatus Pollitzer), der Erythrodermie pityriasique en plaques disseminées Brocq, die von Torök als „in zerstreuten Flecken auftretende schuppende Erythrodermie“ beschrieben sind, und die Brocq zur „Parapsoriasis“ rechnet. Die ausführlichen Darlegungen mit der Zusammenstellung der bisher veröffentlichten Literatur und aller bekannten hierhergehörigen Fälle sind im Original zu studieren.

V. Lion-Mannheim.

5) **Zur internen Behandlung der Akne,** von Josef Kapp. (Therapeut. Monatshefte. 1907. Nr. 3.)

Nach Verf.'s Ansicht sind es vornehmlich intestinale Vorgänge, welche eine Disposition zur Akne schaffen; er fand bei 33 jugendlichen Aknepatienten den Gehalt des Harns 33mal an Indoxylschwefelsäure, 31mal an Phenolkresol, 30mal an aromatischen Oxysäuren deutlich vermehrt. Er leitete eine antifermentative und die Darmtätigkeit leicht beschleunigende Medikation ein, indem er 2—3mal täglich 1 g Sulfur praecipitatum und 0,25 g Menthol einnehmen ließ. Nach 3—4 Monaten fand er stets eine wesentliche Besserung, mehrfach glatte Heilung. Äußerlich beschränkte er sich während der Schwefelmentholkur auf Eröffnung bzw. Ausdrückung bestehender Akneknoten und Desinfektion benachbarter Komedonen durch Formalinseifenspiritus.

Schourp-Danzig.

6) **Cystes épidermiques traumatiques à siège anormal,** par Dubreuilh. (Annales de dermatologie. 1907. Nr. 1.)

Seit der Arbeit von Reverdin 1887 sind traumatische Epidermiscysten wiederholt beschrieben worden, aber beinahe nur an den Handflächen. Die Hände sind auch für die Entwicklung dieser Tumoren ein sehr günstiger Boden: Sie sind Traumen häufig ausgesetzt, ein stechendes Instrument dringt leichter in die Tiefe, die Haut ist schwer verschieblich usw. Trotzdem kommen derartige Neubildungen auch an anderen Körperstellen vor, besonders da, wo die Haut direkt auf dem Knochen aufliegt. Verf. unterscheidet zwei Arten von Epidermiscysten: 1) Zufällig entstandene, wobei ein stechendes Instrument ein Stückchen Epidermis mit seinem Gefäßnetz abreißt, in die Tiefe befördert, während sich die Haut darüber schließt. 2) Cysten, welche von einer chirurgischen Operation herrühren, wobei die Wunde vereinigt wurde oberhalb eines Hautlappens, der seine Vaskularisation behielt. Verf. beschreibt nun im ganzen zehn derartige Fälle aus der Literatur von Cysten, die nicht an den Händen lokalisiert waren, drei weitere hat er selbst beobachtet. Die Cysten saßen an der Augenbraue, am behaarten Kopf, an den Nates, an der Stirn usw. In einem Falle saß die Neubildung auf der Zunge. Die Cysten infolge von Operation entstanden in 2 Fällen infolge von Narbenexstirpationen am Vorderarm, in zwei weiteren Fällen in den Narben nach ritueller Circumcision. Einmal entstand eine Cyste infolge einer Operation wegen Unguis incarnatus. Verf. glaubt, daß, wenn diese Cysten besser bekannt werden, man sie auch öfters entdecken wird. Raff-Augsburg.

7) **Ein Fall von akutem Ekzem nach Gebrauch des Haarwassers „Javol“,** von B. Klose. (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 12.)

Bei einem 30jährigen Manne trat infolge „Javol“-Gebrauches ein heftiges nässendes Ekzem der Kopfhaut und der Stirn auf unter ödematöser Schwellung der Augenlider. Nach Abheilen des Arzneiekzems gebrauchte derselbe Mann nochmals das Haarwasser und die gleichen Krankheitserscheinungen waren die Folge. Zur Erklärung nimmt Verf. eine Idiosynkrasie des Kranken gegen einen in dem Haarwasser enthaltenen Stoff an; vielleicht sind die darin vorkommenden ätherischen Öle anzuschuldigen. Schourp-Danzig.

8) **Drei Fälle von Psoriasis vulgaris bei Säuglingen,** von Adolf Friederichs. (Dermatolog. Zeitschrift. 1907. April.)

Die drei beschriebenen Psoriasisfälle betreffen sämtlich Säuglinge bis zum Alter von 3 Monaten. Sie stimmen alle auch darin überein, daß die für die Ätiologie der Psoriasis häufig hervorgehobene Heredität nicht in Betracht kommt, da bei keinem der 3 Säuglinge in der Ascendenz diese Erkrankung nachgewiesen werden konnte. Immerwahr-Berlin.

9) **Über die Beziehungen von Krankheiten der Haut zu inneren Störungen mit Bemerkungen über Diät, Hygiene und allgemeine Therapie,** von Bulkley. Ins Deutsche übertragen von Karl Ullmann. (Wien 1907, Urban & Schwarzenberg.)

Die 4 Vorlesungen, die Verf. im März 1905 am New-Yorker Haut- und Krebsspital hielt, sollten angehende Dermatologen dazu anregen, mit der Gesamtmedizin in engerer Fühlung zu bleiben. Er fand unter 10000 wahllos zusammengestellten Hautaffektionen über 6000, die mehr oder weniger eine Allgemeinbehandlung zur Heilung erforderten. Die gegenwärtige Lehre von den Autointoxikationen oder Stoffwechselanomalien sei nur die moderne

Fassung der Anschauung älterer Ärzte, nach welcher gewisse Hautkrankheiten vom „verdorbenen, schlechten Blut" abstammen. Die sämtlichen 5 Haupttypen von Stoffwechselanomalien, nämlich Gicht, chronischer, deformierender Rheumatismus, Diabetes, Fettsucht und Skrofulose stehen mit gewissen Hautkrankheiten in Zusammenhang. Von 4000 Ekzemfällen seiner Klientel glaubt Verf. gut 30 % in die Kategorie der gichtischen Ekzeme rechnen zu dürfen; ebenso sei der klinische Zusammenhang der Urticaria und des angioneurotischen Ödems mit der Gicht längst ausgemacht. Die „Sterkorämie" kennzeichnet sich durch das eigentümlich schmutziggraue Hautkolorit, dagegen sei der Zusammenhang zwischen Niere und Haut bisher noch keineswegs genügend klargestellt, bestimmte Beziehungen zwischen Hautläsionen und Urinausscheidungen habe man bis jetzt noch nicht gefunden, nur Unregelmäßigkeiten im Stoffwechsel hätten sich ergeben. Wenn Störungen im Respirationsorgan auch nicht in direktem kausalem Zusammenhang mit Hautkrankheiten stehen, so wird man doch das Vorkommen von Asthma bei Hautkranken nicht immer als eine bloß zufällige Komplikation ansehen dürfen. So wurde Asthma in 7 % der Urticariafälle beobachtet, und es ist immerhin möglich, daß der Paroxysmus derartiger Atmungsbeschwerden durch plötzlich auftretende Anschwellungen der Bronchialschleimhaut verursacht wird, die Analoga zu den Urticariaquaddeln darstellen. Was nun die Beziehungen der nervösen Störungen zur Haut anlangt, so wurden Hautläsionen beobachtet, 1) bei Neurasthenie oder nervöser Erschöpfung, 2) bei Nerven- oder Gehirnshock, 3) bei Reflexphänomenen aus innerem und peripherem Ursprung, 4) bei funktionellen und strukturellen Neurosen und 5) bei Myelopathien und Encephalopathien. Daß die Psoriasis unter dem Einfluß von Nervenerschöpfung oder psychischen Erregungen sich verschlimmere, werde man füglich nicht bezweifeln dürfen. Er hält es aber auch für wahrscheinlich, daß viele Hautläsionen als das direkte Resultat von primär erfolgten Nervenaktionen auf die Strukturen der Haut selbst aufzufassen sind. Unter den Reflexphänomenen nennt Verf. vor allem das Reflexekzem beim Zahnen der Kinder, wobei jeder Durchbruch eines neuen Zahnes von einer frischen Eruption begleitet ist. Das Studium der Blutbestandteile ergab, daß bei vielen Eruptionen mit bullösem Typus Eosinophilie mit Austritt von eosinophilen Zellen in den Blaseninhalt häufig sich findet. In dem Passus über die Beziehungen der Hauterkrankungen zu den männlichen Urogenitalorganen wird darauf hingewiesen, das Acne rosacea, die allen Behandlungen vorher getrotzt hatte, nach wiederholter Sondierung der Harnröhre schwand. Solger-Neiße.

10) **Die Röntgen-Therapie nach ihrem heutigen Stande**, von Eduard Gottschalk. (Stuttgart 1907, Enke.)

Während Verf. die bakterizide Wirkung der Röntgen-Strahlen nur gering bewertet, widmet er eine ausführliche Besprechung den klinischen und histologischen Veränderungen, welche die Strahlen auf und in der lebenden Haut, an deren Adnexen und in den Blutgefäßen hervorrufen. Aus diesen physiologischen Vorgängen ergibt sich ihm folgerichtig die Indikation der Behandlung mit Röntgen-Strahlen. Bei Leukämie, und zwar bei myelogener noch bedeutender als bei lymphatischer, erzielten Röntgen-Bestrahlungen Verminderung der weißen, Vermehrung der roten Blutkörperchen, auffällige Besserung, auch Verlängerung der Lebensdauer, bei Pseudoleukämie günstige Beeinflussung des Befindens, des Milztumors und der Drüsen. Gute Erfolge waren bei Erkrankungen der Thränen- und Mundspeicheldrüsen, sowie bei

Kankroiden der Lippe, Stirn und des Ohres zu beobachten. Bei Magen- und Brustkarzinomen zeitigten Röntgen-Strahlen, selbst in ganz verzweifelten, inoperablen Fällen einen erheblichen palliativen Nutzen, vollends bei Hautkarzinomen imponierte der ausgezeichnete kosmetische Erfolg. Im Gegensatz zu den Karzinomen können die Sarkome nur indirekt von den Röntgen-Strahlen beeinflußt werden. Durch die Zerstörung des strahlenempfindlichen Haut- und Drüsengewebes kann zwar dem Sarkom die Ernährung entzogen und seine Einschrumpfung bewirkt werden, doch hört diese Möglichkeit auf, wenn der Nährboden des Sarkoms den Strahlen unzugänglich in Knochen, Knochenhaut, tieferen Fascien, Sehnen usw. besteht. Wenig zugänglich ist den Strahlen ebenfalls die Hypertrophie der von einer dichten Muskelschicht umgebenen Prostata, bedeutend günstiger waren die Erfolge hingegen bei Uterusmyomen. Die größten Triumphe feierte die Röntgen-Therapie aber bei Dermatosen. Neben den schon erwähnten Hautkarzinomen behandelte Verf. gutartigere Neubildungen, Angiome, Warzen und erzielte hier völlige Heilungen. Mycosis fungoides bildete sich zurück, doch sind Rezidive nicht zu verhüten. Lupus vulgaris besserte sich bei 40 Patienten bei allen, heilte kosmetisch und klinisch in vielen Fällen, für Drüsentuberkulose bewährte sich die Bestrahlung mehr wie das Messer. Unter den Haarerkrankungen ist die Röntgen-Kur gut zu verwerten bei Favus, Sykosis idiopath. und parasit., auch bei Hypertrichosis mit nötiger Vorsicht und Erfahrung. Unter den Hautentzündungen wurden Ekzeme, besonders aber Fälle von Acne vulgar., welche zur Verzweiflung der Kranken jeder anderen Behandlung Widerstand leisteten, geheilt; Psoriasis und Lichen günstig beeinflußt. Um aber diese therapeutischen Erfolge zu erzielen, ist neben der vollständigen Beherrschung der allgemeinen Röntgen-Technik eine spezielle Technik der Therapie erforderlich, welche nur durch lange Übung und Erfahrung erworben werden kann. Gleich wichtig ist die Qualität der Röhren. Verf. benutzte keine harten, für Oberflächenwirkung weiche, für tiefere mittlere Röhren. Die Entfernung der Röhre vom Objekte ist genau zu bemessen, meist nicht unter 15 cm, die Expositionszeit sei nicht zu groß, etwa 6—15 Minuten. Besonders zu beachten ist die Belastung der Röhre und die Intensität der Bestrahlung sowie die zu exponierende Flächengröße. Zur verstärkten Tiefenwirkung dienen Kompression, zur Sensibilisierung der Gewebe Eosin, Chinin bisulfur., Fel. tauri. Als Dosierungsmittel empfiehlt Verf. das Milliampèremeter und Dosimeter von Sabouraud und Noire. Doch bleiben trotz aller Meßmethoden Vorsicht und gut geschulte Augen die maßgeblichsten Hilfsmittel. J.

11) **Das Novaspirin,** von Otto Lehmann. (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 10.)

An Stelle der Essigsäure ist bei dem neuen Aspirinpräparat die Methylenzitronensäure getreten. Damit ist eine mildere Wirkungsform erreicht, d. h. die Wirkung setzt weniger schnell ein und hält länger an. Es wird das Novaspirin vom Verdauungskanal besser vertragen als das Aspirin und wegen seines besseren Geschmackes lieber genommen. Sein Hauptwerfolg liegt in der schmerzlindernden und nervenberuhigenden Wirkung. Schourp-Danzig.

12) **Erythème scarlatiniforme récidivant,** par Dubreuilh. (Annales de dermatologie. 1907. Nr. 4.)

Ein 38jähriger Mann bekam eine Erythem mit starkem Jucken, Fieber bis 39°, das den ganzen Körper befiel und in 5—6 Tagen mit starker Des-

quamation abheilte. Die Erkrankung befiel den Kranken innerhalb 5 Jahren zum vierten Male, ohne daß er eine Ursache wußte, speziell war vorher kein Medikament insbesondere kein Hg angewandt worden. Raff-Augsburg.

Progressive Ernährungsstörungen der Haut.

13) **Über das senile Angiom des freien Lippenrandes,** von A. Pasini. (Monatsh. f. prakt. Dermatologie. XLIV. Nr. 6 u. 7.)

Das Angiom des freien Lippenrandes ist eine Veränderung von langsamem Verlaufe und unbegrenzter Dauer, welche am freien Rande der Unterlippe bei Individuen im vorgerückten Alter auftritt. Bei vorgeschrittener Entwicklung zeigt sie eine halbkugelige Gestalt mit etwas abgeflachter Spitze, etwas wellenförmiger Oberfläche und leicht gefranzten Umrissen. Die Größe schwankt zwischen 2—6 mm im transversalen und 1—3 mm im vertikalen Durchmesser. Die Oberfläche ist glatt, der epitheliale Überzug zeigt niemals Erscheinungen von Hyperkeratose. Durch die intensiv rötlich-cyanotische Färbung sticht sie scharf von den übrigen schwach bläulichen Abschnitten des Lippenrandes ab. In den meisten Fällen ist nur ein Tumor vorhanden, welcher im mittleren Teil einer Hälfte des freien Randes der Unterlippe lokalisiert und zwar näher an der Haut als an der Schleimhaut. Die Affektion verursacht weder allgemeine noch lokale, subjektive Beschwerden und tritt gewöhnlich zwischen dem 50.—60. Altersjahre auf. Ihre histologischen Veränderungen bestehen in einer starken Dilatation der Venen, die zwischen den Bindegewebsbündeln verlaufen, welche sich etwas unterhalb des lakunären Systems hinziehen. Die Dilatation der Venen wird durch das Verschwinden des elastischen Gewebes aus den Wandungen, durch Degeneration und Atrophie des umliegenden Gewebes und durch Vermehrung des lokalen Blutdruckes verursacht. Als Ursache der Veränderung dürfte ein Trauma angenommen werden. Dafür spricht auch die Lage der Affektion an jenen Stellen des freien Lippenrandes, welche bei der Nahrungseinführung am meisten äußeren Reizen ausgesetzt sind. Wegen der klinischen und anatomischen Beschaffenheiten ist die Affektion nicht zu den Teleangiektasien zu rechnen, sondern zur Kategorie jener vaskulären Dermatosen, welche unter dem Namen Hautvaricen bekannt sind. Schourp-Danzig.

14) **Eine ungewöhnliche Form von Metastasen in der Haut des Mammakarzinoms und das Verhältnis dieser Krankheit zur Pagetschen Erkrankung,** von Felix Malinowski. (Monatsh. f. prakt. Dermatologie. XLIV. Nr. 7.)

Eine 60jährige Frau litt an beständig stechenden Schmerzen in den oberflächlichen Teilen der linken Brustdrüse, auf welcher kleine Bläschen auftraten; diese exulzerierten. Gleichzeitig schwollen die Drüsen der linken Achselhöhle an. Histologisch ergab sich ein Carcinoma colloideum myxomatodes der Mamma, welches auf dem Lymphwege Hautmetastasen von identischem Bau verursachte. Diese Metastasen erinnerten an das klinische Bild des Erythema bullosum vegetans. Der beschriebene Fall spricht für ein primäres Karzinom der Mamma bei Pagetscher Krankheit. Seine Eigentümlichkeit besteht in den bis jetzt noch nicht beschriebenen Blasen.

Schourp-Danzig.

15) **Sarkome und sarkoide Geschwülste,** von Gustav Fano (†). (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. LXXXIII. 1907. S. 33, 255 u. 427.)

Der Sohn des verstorbenen Verf.'s veröffentlicht eine hinterlassene umfangreiche Arbeit seines Vaters, in der dieser auf Grund zweier Beobachtungen und intensiven Studiums der Literatur die Frage der Stellung der sarkoiden Geschwülste zum Sarkom eingehend erörtert. Im Gegensatz zu andern Untersuchungen kommt Verf., dessen ausführliche Arbeit im Original zu studieren ist, zu folgenden Resultaten: 1) Die sarkoiden Geschwülste zeigen, gleichwie die Sarkome und alle malignen Neubildungen, ein schrankenloses Wachstum und Neigung zur Metastasenbildung. 2) Alle im Gegensatz zu den Sarkomen bei den sarkoiden Geschwülsten hervorgehobenen Erscheinungen, als da sind: Mangel an scharfer Umgrenzung, peripherisches Wachstum, Infiltration des Gewebes mit nahezu intakter Erhaltung der Struktur derselben, Involution der Knoten, können sich auch bei Sarkomen finden. Gewisse Eigentümlichkeiten in der Haut, namentlich das häufige Vorkommen von Involutionserscheinungen sind von der Beschaffenheit des Organs abhängig. 3) Typus a und b sind, wie Kaposi angegeben, Formen ein und derselben Krankheit; die Stellung im pathologischen System, die der einen Form gebührt, muß man auch der andern einräumen, wird Typus a für eine Sarkomatose gehalten, so ist auch Typus b für eine solche zu halten. Und daß diese zwei Formen als eine Krankheit aufgefaßt eine Sarkomatose darstellen, ergibt sich aus folgenden Betrachtungen: Es ist unmöglich anzunehmen, daß es eine Hautkrankheit geben sollte, die histologisch alle die verschiedenartigsten Formen des Sarkoms aufweisen kann und etwas anderes sei als Sarkom. Bei den sarkoiden Geschwülsten — Typus a — können die Knochen mit erkranken und erweisen sich dann als sarkomatös entartet. Sarkome in den inneren Organen können in der Haut in Form von Tumoren mit den Charakteren der sogenannten sarkoiden Geschwülste — vermeintliches beschränktes Wachstum, Involution der Knoten — metastasieren. Entgegen der allgemein herrschenden Ansicht stellen also die sarkoiden Geschwülste Typus a und b eine Hautsarkomatose dar. Gegen die Auffassung würde auch nichts sprechen, wenn die sarkoiden Geschwülste, wie manche Autoren annehmen, eine Infektionskrankheit wären, denn vielleicht liegt auch dem Sarkom ein parasitärer Ursprung zugrunde. V. Lion-Mannheim.

16) **Sur un cas de xeroderma pigmentosum de Kaposi sans pigmentation,** par Audry. (Annales de dermatologie. 1907. Nr. 3.)

Ein 24jähriger Mann kam in die Klinik von Toulouse wegen eines inoperabeln Karzinoms der Unterlippe. Derselbe zeigte ein xeroderma pigmentosum, doch waren Pigmentierungen bloß in mäßiger Anzahl auf dem Handrücken vorhanden. Raff-Augsburg.

17) **Über einen Fall von Pemphigus foliaceus (nebst einigen Bemerkungen über das Wesen der Hämatodermitiden),** von Heinrich Kanitz. (Monatsh. f. prakt. Dermatologie. XLIV. Nr. 5.)

Krankheitsgeschichte einer 40jährigen Frau. Die Diagnose wurde gestellt auf Grund der geringen Zahl der Blasen und der blättrigen Beschaffenheit der Schuppen, die Lockerung und Abstreifbarkeit der Hornschicht, des peripheren Wachstums der Läsionen und der centrifugal fortschreitenden Unterwühlung der Hornschicht und durch den weiteren Krankheitsverlauf bestätigt. Bezüglich der bisherigen hämatologischen Befunde des Pemphigus im all-

gemeinen und seiner einzelnen Typen glaubt der Verf. auf eine bezeichnende pathologische Blutveränderung keine Folgerung ziehen zu können. Seine eigene Blutuntersuchung im vorliegenden Falle ergab eine hochgradige Verringerung der Zahl der Leukocyten, das Fehlen eosinophiler und basophiler Granulationen; in den Stichpräparaten des Knochenmarkes waren die großen mononukleären Leukocyten zu 75 % sämtlicher Zellformen vorhanden, während mononukleäre eosinophile Leukocyten zu 12 %, Lymphocyten zu 7 %, Mononukleäre mit basophilen und neutrophilen Granulationen zu 6 % gefunden wurden. Der Verf. will aber in der Koinzidenz des Pemphigus mit diesen Blut- und Knochenmarksveränderungen keinen pathogenetischen Zusammenhang erblicken. Er findet die Theorie, nach welcher dem Blute die Hauptrolle bei der Entstehung des Pemphigus zukommt, im Sinne, daß die toxischen Körper, welche wir als Erreger des Pemphigus supponieren, primär auf die blutbereitenden Organe (Knochenmark) bzw. auf die zelligen Elemente des Blutes einwirken, durch die bisherigen klinischen und histologischen Erfahrungen nicht bestätigt und sieht in der Auffassung der verschiedenen Formen des Pemphigus als „Hämatodermitiden" vorläufig eine Hypothese, welche der sicheren Grundlage entbehrt.

Schourp-Danzig.

Chronische Infektionskrankheiten der Haut.

18) **Was leisten die neueren Behandlungsmethoden des Lupus vulgaris und welches sind ihre Indikationen?** von A. Blaschko. (Dermatolog. Zeitschrift. 1907. Januar.)

Der Lupus ist heute keine furchtbare Krankheit mehr, der Lupus ist eine Hautkrankheit, die in ihren Folgen nicht schlimmer ist, als viele andere Hautaffektionen, und die zu behandeln oft leichter ist, als gewisse hartnäckige Formen der Psoriasis und des Ekzems. Was nun die Behandlungsmethoden anlangt, so eignet sich für diese Form des Lupus nicht nur diese Behandlungsmethode, und für jene Form nur jene, sondern man hat die Auswahl, und kann auch verschiedene Methoden kombinieren. In Frage kommen die Totalexstirpation mit nachfolgender Naht oder Transplantation, die Holländersche Heißluftbehandlung, die Finsen-Methode, die Röntgen- und die Radium-Behandlung, die Pyrogollussäurebehandlung und andere Ätzverfahren. Die Tuberkulininjektionen können bei einzelnen Formen von Hauttuberkulose, z. B. bei Folliklis und Lichen scrofulosorum ganz allein völlige Heilung herbeiführen. In anderen Fällen sind sie ein außerordentlich gutes Palliativmittel und eignen sich besonders in Kombination mit anderen Behandlungsmethoden zur vollständigen Heilung des Lupus vulgaris.

Immerwahr-Berlin.

19) **Tuberculosis cutis verrucosa Typus Riehl-Paltauf am linken Ellenbogen,** von P. Wichmann. (Deutsche med. Wochenschr. 1907. Nr. 16.)

Die Krankheit wurde im Anschluß an eine durch Fall auf den Ellbogen erworbene große Quetschwunde zugezogen. Während der Abheilung arbeitete der Kranke in einer Schlachthofabteilung, in welcher meistens tuberkulöse Kühe geschlachtet wurden.

Schourp-Danzig.

20) **Die Tuberkulose,** von G. Cornet. (2. Aufl. Wien 1907, Hölder. 32 Mk.)

Von diesem groß angelegten Standardwerk liegt jetzt die zweite vollständig umgearbeitete und im Umfang verdoppelte Auflage vor. Auch für

den Dermatologen bietet sie eine Fülle von Anregungen, so daß wir das Werk zum Studium auf das Wärmste empfehlen können. Neben den differential-diagnostisch wichtigen, bakteriologischen Kriterien, unter anderen gegenüber den Leprabazillen, bespricht Verf. eingehend die tuberkulöse Infektion der Haut. Unter dieser werden außer dem Lupus auch die Tuberkulide eingehend behandelt und schließlich sei erwähnt, daß auch die Tuberkulose der Genitalien eine ausführliche Besprechung erfährt. Die Literaturkenntnis ist erstaunlich und somit wird seine Anschaffung eine Zierde jeder Bibliothek bilden. J.

21) **Versuche von Übertragung der Lepra auf Tiere,** von P. V. Jezierski. (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 16.)

Von einem 9jährigen Knaben mit hochgradiger Lepra tuberosa wurden Kaninchen und Meerschweinchen mit Lepranasenschleim und frischem Leprablut inokuliert bzw. injiziert. Das Ergebnis der Untersuchungen entsprach den Befunden der meisten früheren Autoren: Positive Impfungen konnten nicht erzielt werden. Schourp-Danzig.

22) **A case of lepra tuberosa; approximate recovery,** by J. Ashburton Thompson. (Lepra. Biblioth. internat. VIII. 1907.)

Ein 65jähriger, bis dahin völlig gesunder englischer Soldat erkrankte gelegentlich einer Fahrt durch Australien an tuberöser Lepra, welche sich zuerst im Gesicht zeigte, dann weiter um sich griff und außer starken Schweißen keine Störung des Allgemeinbefindens veranlaßte. Durch Strychnin, Chaulmoograöl, besonders aber durch Gurjunöl wurden die leprösen Symptome so bedeutend gebessert, daß ein unbefangener Arzt die Krankheit nicht mehr hätte erkennen können. Doch schreibt Verf. diese günstigen Erfolge mehr der überaus widerstandsfähigen Natur des Patienten, als den angewandten Mitteln zu. J.

23) **Report on leprosy among the Garos of the Goalpara district of Assam,** by D. W. Ritchie. (Lepra. Biblioth. internat. VII. 1907.)

Verf. unternahm eine amtliche Inspektion unter den 4 Dörfern der Garos des Goalpara-Distrikts in Assam, wobei sich nur wenige Leprafälle, aber mehrere Fehldiagnosen anderer Dermatosen, welche irrtümlich als Lepra angemeldet waren, herausstellten. J.

24) **Zu Hutchinsons Fischtheorie,** von Armauer Hansen. (Lepra. Biblioth. internat. VII. 1907.)

In Finnmarken, dem nördlichsten Teile Norwegens, sind seit 1892, dank der Verpflegung der noch vorhandenen Kranken im Hospital, keine neuen Leprafälle mehr konstatiert worden. Die noch lebenden Leprösen sind nicht in Finnmarken geboren, sondern aus anderen Landesgebieten zugezogen, die Krankheit ist im Binnenlande bei den Lappen nicht vorgekommen, sondern an der Küste von fremden Fischern eingeschleppt worden. Da die armen Bewohner von Finnmarken sich fast ausschließlich von Fischen nähren und dieselben noch ebenso zubereiten oder konservieren, wie in den Zeiten, da Lepra unter ihnen herrschte, so hält Verf. das Erlöschen dieses Lepraherdes für einen neuen Beweis gegen die „Fischtheorie“. J.

25) **Über den Bau eines Leprosoriums in den Tropen,** von B. Römer. (Lepra. Biblioth. internat. VII. 1907.)

Ein Leprahospital in den Tropen soll, wenn möglich, auf einer Insel, wenn eine solche nicht zur Verfügung ist, wenigstens in einer angemessenen

Entfernung von jeder bewohnten Niederlassung, am besten auf schräg nach einem Flusse niedergehendem Terrain, nach dem Pavillonsystem angelegt werden und nach allen Prinzipien moderner Hygiene gehalten werden. Ackerbau und Viehzucht ist anzuraten, den religiösen Gebräuchen der Patienten Rechnung zu tragen, humane Behandlung, Reinlichkeit, Einheitlichkeit in der Pflege und Nahrung zu wahren und auch sonst der Aufenthalt im Leprasorium so angenehm wie möglich zu gestalten. Mit diesen Prinzipien sei eine gewisse Sparsamkeit, sowie Ordnung, Ruhe und Disziplin wohl zu vereinigen. Völliger Abschluß von der Außenwelt sowie die Anmeldung des Wohnortes jedes Leprösen müsse gesetzlich angeordnet werden. J.

Gonorrhoe.

26) **Ein Fall von gonorrhoischer Allgemeininfektion,** von Siebelt. (Med. Klinik. 1907. Nr. 1.)

Im Spätstadium einer akuten Gonorrhoe trat bei einem Manne unter leichten Fieberbewegungen rechtsseitiger Brustschmerz, trockener Husten und eine Infiltration nach innen vom Bizeps des rechten Oberarmes auf, deren durch Punktion gewonnener Eiter Gonokokken aufwies, während der Sputumbefund negativ war. Nach Entleerung des Abscesses und Entfieberung trat mit rechtsseitiger Leistendrüsenschwellung, pleuritischem Reiben, Hüftschmerzen und Fieber eine Infiltration der rechten Trochantergegend auf, welche blutig-seröse Punktionsflüssigkeit mit negativem, mikroskopischem Befunde enthielt. Nach Gebrauch von Gonosan genas der Patient. Verf. schreibt dem Gonosan hierbei eine kausale Wirkung zu. F. Biberstein-Gleiwitz.

27) **Zur Diagnose und Behandlung der Urethritis beim Weibe,** von O. Fellner. (Med. Klinik. 1907. Nr. 6.)

Häufige Rezidive von Fluor beruhen überaus oft auf einer übersehenen chronischen Urethritis des Weibes, deren Diagnose mangels einer geeigneten Methode schwierig ist. Nach Anführung der gebräuchlichen Methoden für die Diagnose der chronischen, weiblichen Urethritis und nach Hinweis auf die Unzulänglichkeit in der Sicherheit des Resultates führt Verf. ausführlich seine Methode der Diagnosestellung und der Behandlung an, aus deren im Original nachzulesenden Einzelheiten hervorgehoben sei, daß besonders auf die Durchspülung der Urethra und die Untersuchung des Spülwassers und Besichtigung mit dem nach Verf. modifizierten Siegelschen Trichter großes Gewicht zu legen ist. Bei der Behandlung von Fluor muß stets auch die chronische Urethritis behandelt werden. F. Biberstein-Gleiwitz.

28) **Ein Fall von paraurethraler Gonorrhoe. Beitrag zur Histologie der chronischen Gonorrhoe,** von P. Cohn. (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 1.)

Der Patient mit einer Urethritis anterior gonorrhoica besaß an der Unterseite des Penis in der Mittellinie eine längliche, kirschkerngroße, derbe Vorwölbung, in deren Mitte sich eine kaum stecknadelkopfgroße, scharfgeschnittene Öffnung befand, aus der eine Spur serös-eitrigen Sekrets exprimiert werden konnte. Dieses Knötchen wurde exzidiert. Bei seiner genauen Untersuchung auf Gonokokken ergab sich, daß solche in dem entzündlichen Infiltrat überhaupt nicht aufzufinden, dagegen leicht in und zwischen den im Lumen liegenden Eiterkörperchen nachzuweisen waren. In der Wand waren die Gonokokken nur immer an den Stellen zu finden, welche mit geschichtetem

Pflasterepithel bekleidet waren und fehlten völlig überall auf und in dem Cylinderepithel. Dieser Befund deckt sich mit Bumms Beobachtungen, daß in einem ursprünglich mit Cylinderepithel bekleideten Organ durch die Invasion mit Gonokokken eine Metaplasie zu geschichtetem Pflasterepithel zustande gekommen ist, daß dieses sich weiterhin wieder in normal aussehendes Cylinderepithel zurückverwandelt hat, und daß nur einzelne Stellen metaplasiert geblieben sind, auf welchen die Gonokokken weiter vegetieren konnten. Mit Jadasohn muß man annehmen, daß die morphologisch wieder normal gewordenen Cylinderepithelien eine Immunität gegen die Gonokokken haben.

Schourp-Danzig.

29) **Einige Fälle von paraurethraler Eiterung beim Weibe,** von O. Fellner. (Dermatolog. Zeitschrift. 1907. März.)

Verf. beobachtete bei 5 Frauen, darunter einer Virgo intacta, paraurethrale Abscesse, welche operativ geheilt wurden, da jede lokale Behandlung erfolglos war. Die Eiterung entsteht in präformierten Gängen, von denen die eine Art noch im Bereiche der Harnröhre mündet, während die andere außerhalb der Harnröhre ihre Mündung hat. In klinischer Hinsicht scheinen besonders die intraurethralen Gänge von Bedeutung.

Immerwahr-Berlin.

30) **Kollargol bei Gonorrhoe,** von Leon Gans. (Philadelphia Medical Bulletin. 1907. Nr. 2.)

Verf. berichtet über 132 Fälle von akuter Gonorrhoe, die er mit Instillationen der 5 % Kollargollösung behandelt hat. Statt wässeriger Lösungen verwandte er solche in Mucilago med. Sassafras, denen er größere Reizlosigkeit und intensivere Wirkung zuschreibt. Mit dieser Lösung machte er viermal täglich Instillationen und begann damit schon am ersten Tag der Behandlung, außer in Fällen von hochgradigen Entzündungserscheinungen mit Blutungen (sogen. russischer Tripper). Die instillierte Flüssigkeit wurde durch seitliche Kompression der Urethra 5 Minuten zurückgehalten. Seine Erfahrungen mit dieser Behandlung sind folgende: Subjektive Reizsymptome wurden nie beobachtet; Epididymitis trat in keinem einzigen Fall, Urethritis post. sehr selten auf. Die Majorität der Fälle nahm einen rascheren Verlauf.

J.

Syphilis.

31) **Zur experimentellen Übertragung der Syphilis auf Kaninchenaugen,** von Arthur Schucht. (Münchener med Wochenschrift. 1907. Nr. 3.)

Die Versuche des Verf.'s ergeben eine weitere Bestätigung der Tatsache, daß das Syphilisvirus imstande ist, auch bei weit unter dem Affen stehenden Tieren spezifische Erscheinungen hervorzurufen. Gleichzeitig scheint aber bei dieser Übertragung die Virulenz des Syphiliserregers eine Abschwächung zu erfahren. Sonst wäre es nicht recht verständlich, daß bei den meisten Autoren die Impfungen mit Kaninchensyphilisprodukten, welche zahllose Spirochäten enthalten, auf Affen bisher keinen unzweideutigen positiven Impferfolg ergeben haben. Nur Walter Schulze berichtet über positiven Ausfall von Affenimpfungen.

G. Trautmann-München.

32) **Experimenteller Beitrag zur Wassermann'schen Serodiagnostik bei Lues,** von Schütze. (Berliner klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 5.)

Verf. konnte mit der Wassermannschen Methode bei 7 Tabeskranken in einwandfreier Weise in der Lumbalflüssigkeit syphilitische Antistoffe nach-

weisen. Diese Patienten hatten das Überstehen einer Lues zugegeben. In vier weiteren Fällen, in denen Syphilis in Abrede gestellt war, fiel die Reaktion negativ aus. Trotz des näher beschriebenen komplizierten Untersuchungsganges hält Verf. die Wassermannsche Serodiagnostik der Lues für eine wertvolle Bereicherung unserer Methoden. Lengefeld-Brandenburg a/H.

33) **Lymphocytose der Cerebrospinalflüssigkeit bei kongenitaler Syphilis,** von Tobler. (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 1.)

Ein Tropfen normaler Cerebrospinalflüssigkeit enthält 5—7 Lymphocyten. Das Vorhandensein von 50 und mehr Lymphocyten in einem Tropfen spricht für Syphilis. Bei 15 untersuchten Fällen mit nachweislich kongenitaler Lues fand sich 13mal eine Leukocytenzahl von 50 und darüber. Schourp-Danzig.

34) **Zur Technik der Injektion unlöslicher Quecksilbersalze,** von F. Rolshoven. (Med. Klinik. 1907. Nr. 4.)

Zur Vermeidung einer ungleichmäßigen Konzentration der Suspensionen unlöslicher Hg-Salze, durch die oft Hg-Intoxikation im Anschluß an die Injektion erfolgt, bedient sich Verf. kugelförmiger Fläschchen, in welchen eine Anzahl Glaskugeln beim Durchschütteln eine bessere Verteilung des Quecksilbersalzes herbeiführen. Eine dünnflüssigere Emulsion fand Verf. im Vasenol. F. Biberstein-Gleiwitz.

35) **Kehlkopfgummata,** von Walb. (Deutsche med. Wochenschr. 1907. Nr. 1.)

Im Falle des Verf.'s befanden sich im Kehlkopf unterhalb der intakten Stimmbänder zwei symmetrisch gelegene, halbkugelige Tumoren von glatter Oberfläche. An den Tonsillen bestanden größere Ulcera mit kraterförmig aufgeworfenen Rändern. Das rechte Auge war vorgetrieben. Unter Injektionen von Hg. cyanati und Jodkalidarreichung traten plötzlich an den erkrankten Stellen Blutungen auf mit nachfolgendem Zerfall der Krankheitsherde. Da die Spätlues sich zu Quecksilber sehr verschieden verhält, so soll man mit dem Quecksilber quoad dosim sehr vorsichtig anfangen und allmählich steigen. Auch die Auswahl des Quecksilberpräparates ist nicht gleichgültig.

Schourp-Danzig.

36) **Über die Fürsorge für geschlechtskranke Schwangere und hereditär syphilitische Kinder,** von Buschke. (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 2 u. 3.)

Bericht von den Schwierigkeiten, welche die Aufnahme und Verpflegung geschlechtskranker Schwangerer zum Zwecke der Entbindung teils wegen Platzmangels, teils wegen des Grundsatzes der Entbindungsanstalten, geschlechtskranke Frauen nicht aufzunehmen, in Berlin erschwerten. Auch die Versorgung hereditär syphilitischer Säuglinge läßt bei den komplizierten Verhältnissen der Großstadt viel zu wünschen übrig. Der Verf. hält es für zweckmäßig, eine Spezialabteilung für hereditär syphilitische Säuglinge an ein Säuglingskrankenhaus und Waisenanstalt anzugliedern, an welchem ein Dermatologe Konsiliarius ist, oder eine Station für hereditär luetische Kinder mit einer Abteilung für syphilitische, nicht prostituierte Frauen zu verbinden, um damit die Möglichkeit der Ammenernährung zu erleichtern.

Schourp-Danzig.

37) **Über eine Fieberreaktion auf die erste Quecksilberapplikation im Frühstadium der Syphilis,** von Lindenheim. (Berliner klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 11.)

Unter 106 Fällen von sekundärer Lues trat im Anschluß an die erste Hg-Applikation 12mal eine Temperatursteigerung ein, die auf nichts anderes

als das Quecksilber zu beziehen war und bald einer normalen Temperatur wich, während die Kur fortgesetzt wurde. Lengefeld-Brandenburg a/H.

38) **Neuinfektion bei bestehender tertiärer Lues,** von Stern. (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 3.)

Ein 26jähriger tertiär luetischer Mann mit tiefen gummösen Zerstörungen im Gesicht, an den Nates und am Bauch wies ein flaches, erosives Ulcus am Penis, in dessen Ausstrich Spirochaete pallida nachgewiesen wurde, und frische Roseola auf. Verf. folgert aus dem Falle einen Beweis für Neissers Beobachtung, daß es eine absolute Immunität nicht gibt. Schourp-Danzig.

39) **Über Stomatitis mercurialis und ihre Verhütung durch Isoformzahnpasten,** von Konrad Siebert. (Deutsche med. Wochenschr. 1907. Nr. 7.)

Nach Ronas Untersuchungen ist als erste Ursache der Stomatitis mercurialis der Millersche Bacillus fusiformis als wahrscheinlich anzunehmen. Damit ist das Bestreben gerechtfertigt, zur Verhütung der Stomatitis mercurialis die Mundhöhle zur Einschränkung ihrer Bakterienflora zu desinfizieren. In der Isoformpaste haben wir eine Zahnpaste mit experimentell bewiesenen, bedeutenden, bakteriziden Eigenschaften. Sie enthält 5% Isoformpulver und 10% Sapo kalinus und wird von den Norddeutschen chemischen Werken in Berlin unter dem Namen Saluferinzahnpaste in den Handel gebracht. In ihr sieht Verf. das geeignetste Mittel, um schwere Ulcerationserscheinungen im Munde zu verhindern, ohne daß die Zähne oder die Mundschleimhaut geschädigt werden. Schourp-Danzig.

40) **Über Hämospermie; ein Fall von Lues haemorrhagica der Samenblasen,** von Paul Cohn. (Zeitschr. f. Urologie. I.)

Verf. beobachtete bei einem Luetiker, dessen Infektion 2½ Jahre zurücklag, das Auftreten von blutigen Ejakulationen, für die sonst keine andere Ursache zu finden war, und die nach merkurieller Kur vollkommen aufhörten. Bei der echten Hämospermie stammt das Blut aus Prostata oder Samenblasen, was meist schwer von einander zu unterscheiden ist, da sich das Samenblasensekret nur sehr schwer allein exprimieren läßt. Von Samenblasenerkrankungen, die zur Hämospermie führen, können, kommen Verletzungen, Stauungs- und entzündliche Hyperämien (Gonorrhoe) in Betracht, geschwürige Prozesse (Tuberkulose, Karzinom), ferner Skorbut und Lues. Im letzten Falle handelt es sich jedenfalls um eine Lues haemmorrhagica, wie sie an andern Körperstellen häufiger beobachtet wird. Die Prognose der Hämospermie ist günstig, die Behandlung richtet sich nach dem Grundleiden. Walter Schneider-Königsberg.

41) **Gelungene Filtration von Syphilisvirus,** von Jancke. (Med. Klinik. 1907. Nr. 17.)

Für die bisherigen Ergebnisse der Versuche, das Syphilisvirus zu filtrieren, scheint die Verwendung von Primäraffekten oder Papeln von Wichtigkeit zu sein. In drei Versuchen des Verfassers wurden zweimal eine Emulsion von Primäraffekten, einmal ein Gemisch von inneren Organen eines nicht mazerierten, totgeborenen, syphilitischen, sechsmonatlichen Kindes benutzt. Nur der letztere Versuch, dessen Beschreibung hinsichtlich des Materials, des Filters, der Filtration und der Impfung am Affen genau erfolgt, ergab am 35. Tage nach der Impfung auf beiden Augenbrauen des Tieres je eine imfiltrierte Stelle, die am 42. Tage als typischer Primäraffekt erschien. Wichtig für das Gelingen des Versuches scheint dem Verf. die Verwendung

innerer Organe und die von ihm angegebene Modifikation der Technik zu sein.

F. Biberstein-Gleiwitz.

42) **Zur Levaditifärbung der Spirochaete pallida,** von Benda. (Berliner klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 15 u. 16.)

Indem der Verf. sich gegen die Einwände von Saling, Schulze und Friedenthal wendet, glaubt er zunächst die Tatsache als feststehend betrachten zu dürfen, daß in den syphilitischen Geweben durch die Versilberungsmethode ein typisches, in den normalen Geweben nicht darstellbares Element von Spiralform gefunden wird, welches nach Anordnung, Form und Menge keinem bekannten normalen oder pathologischen Gewebsbestandteil entspricht. In seinen weiteren, mit zahlreichen Abbildungen versehenen Ausführungen, die im Original nachzulesen sind, kommt Verf. auf Grund seiner Beobachtungen zu der Ansicht, daß das gegen die Versilberung gesäte Mißtrauen durchaus unberechtigt ist. Er spricht sich weiter dafür aus, daß sich die wesentlichsten, von Schaudinn und Hoffmann an den Abstrichen gefundenen Artmerkmale der Spirochäte pallida auch an den versilberten Schnittpräparaten feststellen lassen. Zum Schluß spricht Verf. die Hoffnung aus, daß seine Beobachtungen einen beachtenswerten Beitrag bilden, indem sie sicherer als bisher die Spirochäte in außerordentlichen Mengen als Centrum einer anerkannten syphilitischen Gewebsveränderung nachweisen, und damit das in den bisherigen pathologisch-anatomischen Arbeiten noch immer mit einiger Reserve behandelte anatomische Substrat der Ätiologie schaffen helfen.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

43) **Syphilisbehandlung mit „Sozojodolquecksilber“,** von Hugo Tausig. (Med. Klinik. 1907. Nr. 6.)

Bei 50 Syphilitikern, darunter die Hälfte mit hereditärer Syphilis, wandte Verf. mit recht günstigem Erfolge das Sozojodolhydrargyrum in interner Darreichung (Sozojodolhydrarg. 0,6, Landan. pur. 0,15, Extr. et pulv. Liquirit. q. s. ut f. pilul. Nr. XXXVI, dreimal täglich 2 Stück nach der Mahlzeit) an. Intramuskuläre Injektionen desselben Präparates sind nach den bisherigen Beobachtungen des Verf.'s ebenfalls sehr erfolgversprechend.

F. Biberstein-Gleiwitz.

Krankheiten des Urogenitalapparates.

44) **Ein neues Uretercystoskop,** von H. Wossidlo. (Zeitschrift f. Urologie. I. 1907.)

Das neue Instrument des Verf.'s hat den Vorzug, daß die in die Ureteren eingeführten Katheter sicher nach Entfernung des Cystoskopes liegen bleiben, ohne zu verrücken. Die Beschreibung muß im Original nachgelesen werden.

Walter Schneider-Königsberg.

45) **Über die Verwendung des Nitzeschen Cystoskopes in der luftgefüllten Blase der Frau,** von Stoeckel. (Zeitschrift f. Urologie. I. 1907.)

In Fällen, in denen eine Füllung der Blase mit Flüssigkeit unmöglich ist, z. B. bei Blasenfisteln, Sphinkterinsufficienz, Tuberkulose, füllt Verf. die Blase mit Luft, und zwar bei Fisteln nach Scheidentamponade. Die Cystoskopie muß dann mit besonderer Vorsicht ausgeführt werden, wegen der Verbrennungsgefahr der Blasenwand. Besonders schön sieht man in der luftgefüllten Blase das Spritzen der Ureteren, auch lassen sich in ihr leicht stärkere Ätzmittel unter cystoskopischer Kontrolle applizieren.

Walter Schneider-Königsberg.

46) **Die Barberiosche Reaktion auf Sperma,** von C. Posner. (Zeitschrift f. Urologie. I. 1907.)

Die Reaktion — Ausfallen von gelben Nadeln beim Zusatz von Pikrinsäure zum menschlichen Sperma — sah Verf. auch bei Azoospermie und Prostatasekret, dagegen nicht in solchem spermatozoenhaltigen Sekret, das nicht von den Drüsen geliefert war (Spermatocele, Hodensubstanz). Auch enthält das Sediment von dem in Ampullen käuflichen Spermin nach Zusatz von Esbachschem Reagens jene Kristalle. Die Barberiosche Reaktion ist aber demnach kein Specificum für menschliches Sperma, kann aber wohl zur schnellen Erkennung von Prostatasekret verwertet werden.

Walter Schneider-Königsberg.

47) **Plaqueförmige, tuberkulöse Cystitis unter dem Bilde der Malakoplakia vesicae,** von Hans Wildbolz. (Zeitschrift f. Urologie. I. 1907.)

Beschreibung eines Blasenpräparates von einem an Tuberkulose des Darms und Genitaltraktus verstorbenen Mannes, welches das typische Bild einer Malakoplakie darbot: Neben einigen miliaren tuberkulösen Knötchen am Blasenhals zahlreiche, beetartige, gelbliche Herde mit injiziertem, scharfem Rand. Diese Plaques waren tuberkulöser Natur, sie enthielten Tuberkel und Tuberkelbazillen, daneben Kolibakterien, denen vielleicht eine ätiologische Bedeutung in der Plaquesbildung zukam. Nach dieser Beobachtung ist es wohl möglich, daß viele Fälle von Malakoplakia vesicae mit Tuberkulose in einem ursprünglichen Zusammenhang stehen. Walter Schneider-Königsberg.

48) **Über das primäre Karzinom der männlichen Urethra,** von Paul Kreiswerk. (Zeitschrift f. Urologie. I. 1907.)

Im Anschluß an zwei beobachtete, letal verlaufene Fälle gibt Verf. eine Beschreibung dieser seltenen Affektion. Die Symptome sind zunächst analog denen der Strikturen, die häufig gleichzeitig mit dem Karzinom bestehen; zu der Erschwerung des Urinierens gesellen sich Schmerzen bei der Miktion und Ejakulation. Zuweilen kommt es zu Ausfluß und Blutungen, zum Übergreifen des Tumors ins periurethrale Gewebe, zu Abszedierungen, Skrotalphlegmone und Bildung von Fisteln, durch die nach vollständigem Harnröhrenverschluß der Urin abfließt. Chronische Reizzustände scheinen das Zustandekommen des Krebses zu begünstigen, speziell traumatische und gonorrhoische Strikturen. Die Diagnose ist mit Hilfe des Endoskops zu stellen; man sieht im Strikturgewebe eine hochrote bis gelblichweiße Masse, die sich durch ihre Farbe und unebene Oberfläche von der übrigen Schleimhaut abhebt; Ulcerationen sind speckig gelb und zeigen ein zerklüftetes Aussehen. Zur Sicherstellung der Diagnose kann ein Stück endoskopisch entfernt und untersucht werden. Die Palpation ist nur beim Übergreifen des Tumors auf das periurethrale Gewebe von Wert und ist dann sehr schmerzhaft; eine Sondierung führt zur Blutung. Differentialdiagnostisch sind Strikturen auszuschließen, die ebenfalls zur Harninfiltration, Phlegmone und Fistelbildung führen können. Entleerung von Gewebsfetzen und jauchigem Eiter, der stets untersucht werden sollte, aus den Fisteln spricht meist für Karzinom. Auch ist eine Verwechslung mit Polypen möglich; Hämangiome, Angiosarkome, Endotheliome und tuberkulöse Neubildungen kommen wegen ihrer Seltenheit weniger in Betracht. Das Urethralkarzinom kommt fast ausschließlich im höheren Alter vor.

Walter Schneider-Königsberg.

49) **Über einen neuen Katheter-Dampfsterilisator mit Aufbewahrungsbehältern für die einzelnen Katheter,** von Bloch. (Berliner klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 10.)

Verf. beschreibt unter Beifügung einer Abbildung einen von Casper angegebenen Sterilisationsapparat, den er auf seine Wirksamkeit prüfte. Die Ergebnisse der Prüfung waren folgende: Es genügt eine $2^1/_2$ Minuten lang ausgeübte Sterilisation der Katheter im Apparat, um solche Mikroorganismen abzutöten, die für die Blase pathogen sind. 5 Minuten lange Sterilisation tötet auch sporenbildende Keime. Ein so desinfizierter Katheter läßt sich mindestens 48 Stunden darin keimfrei aufbewahren. In der Funktion des Apparates wurden bei den Versuchen Störungen nicht bemerkt. Die Dampfentwicklung trat 1—3 Minuten nach Entzündung des Brenners auf, je nachdem heißes oder kaltes Wasser eingefüllt war. Die Instrumente waren beim Herausnehmen meist trocken und glatt, die Bildung von Kondenswasser also gering. Der Apparat, der von Löwenstein angefertigt wird, erfüllt nach Verf. die Anforderungen, die an einen guten Sterilisationsapparat gestellt werden. Da er ferner außerordentlich handlich ist, ist er besonders für die Sprechstunde und für Patienten, die sich selbst katheterisieren, geeignet.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

50) **I. L'huile cocainée chez les urinaires. II. Lubréfaction de l'urèthre et non de l'instrument dans le cathétérisme,** par Raymond Bonneau. (Annales d. malad. d. org. genit.-urin. 1907. S. 99 u. 377.)

Die wässrige Kokainlösung bei der Anästhesierung der Harnröhre durch eine ölige zu ersetzen, soll bei langdauernden Eingriffen von Vorteil sein, da die Wirkung länger anhält. Die Herstellung und Sterilisierung des „Kokainöls" wird in extenso angegeben. (M. E. wird schon ohnehin viel zu viel bei manchen einfachsten urologischen Manipulationen kokainisiert!) 4—5 ccm Olivenöl in die Urethra einzuspritzen, alsdann die Instrumente trocken einzuführen, soll die „größten Vorteile der Reinlichkeit, der Schnelligkeit und der Schonung in sich vereinigen". Verf. teilt selbst 2 Fälle mit, bei welchen die bei einer so reichlichen „Ölung" unvermeidlich in die Blase eindringenden Öltropfen zum Kern kleiner Konkretionen geworden sind, und meint, man solle also bei Steinkranken nur 2 ccm einspritzen. Für sehr schwer passierbare Strikturen ist das von Verf. vorgeschlagene Verfahren nützlich, und in Übung; im allgemeinen aber schreibt Verf. den üblichen Verfahren Nachteile zu, die sie bei verständiger Anwendung gar nicht besitzen.

Goldberg-Köln/Wildungen.

III. Therapeutische Notizen.

Arsenpillen:

1)
Rez. Acid. arsenicosi 0,1
Sebi ovilis liquef. 45 °C. 10,0
Pulv. Liquir. q. s. f. pil. Nr. 100
Consp. pulv. lycopod.
(Jaworski, Therap. Monatsh.)

J.

Schleichs Infiltrationsanästhesie:

2)
Rez. Cocaini 0,1
Alypin 0,1
Natr. chlorat. 0,2
Aq. dest. 100,0

J.

Wundsalbe:

	Rez.	Protargol	3,0
3)		solve in Aq. dest. frig.	5,0
		misce c. Lanol. anhydr.	12,0
		adde Vasel. flav.	10,0

(R. Müller, Berliner klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 11.)

J.

IV. Vereinsberichte.

Berliner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 14. Mai 1907.

Roscher demonstriert 1) einen 2jährigen Knaben, bei welchem in Anschluß an Scarlatina ein tuberkulöser Hautausschlag auftrat, und zwar teils in Form von Lichen scrophulosorum, teils von Acne cachecticorum; auffallend war die große Ausdehnung des Ausschlages, das serpiginöse Fortschreiten, sowie die Ähnlichkeit mit Lichen ruber-Knötchen;

2) ein kleines Mädchen mit multiplen halbseitigen Naevi, wobei bemerkenswert die Lokalisation auch auf den Außenseiten beider Conjunctivae ist; es handelt sich um gemischte weiche, von der Form der Talgdrüsennaevi;

3) einen 61jährigen Patienten mit starker Pigmentierung der ganzen Körperoberfläche, stellenweise auch der Mundschleimhaut, sowie mit generalisierter exfoliierender Dermatitis; der Mann erkrankte an einem ekzemartigen Ausschlage und bekam deshalb Arsen. Die Pigmentierung ist als Arsenmelanose — nach einer verhältnismäßig geringfügigen Arsendosis —, die Dermatitis vielleicht als prämykotisches Stadium anzusehen.

Fischel zeigt 1) einen Patienten mit Dermatitis herpetiformis Duhring, der bereits vor 7 Jahren von Rosenthal unter dieser Diagnose vorgestellt wurde, doch hielten ihn damals besonders wegen Fehlens des Juckreizes einige Redner für Pemphigus; jetzt sind mehrfach Rezidive aufgetreten, auch starkes Jucken ist vorhanden und die Diagnose zweifellos;

2) einen Patienten mit ausgebreiteten Verrucae planae juveniles an der Stirn, den Schläfen, Nase, Kinn, Genick, behaartem Kopf;

3) einen Fall von disseminierten Xantomen, bei welchen das mikroskopische Bild deutlich den hämorrhagischen Inhalt, die Fetteinlagerung, Riesenzellen zeigt.

Rosenthal bespricht die günstige Wirkung von Acidum arsenicosum-Injektionen bei Psoriasis, ferner eines neuen Schwefelpräparates, des Thiopinols, das in Form von Bädern, von geruchlosen Salben und Seifen in 5 bis 10 $^0/_0$iger Konzentration bei Psoriasis, Akne, Seborrhoe, parasitären Affektionen appliziert werden kann. Da das Präparat keinen Schwefelwasserstoff im Bade entwickelt und Metallwannen nicht angreift, eignet es sich für Bäder in der Häuslichkeit.

Die günstige Wirkung des Präparates wird auch von anderen Rednern bestätigt.

Kromayer demonstriert einen Patienten mit Lupusrezidiv, welches mit der Quarzlampe erfolgreich behandelt worden ist.

Arndt zeigt einen Patienten mit Neurodermitis chronica circumscripta, die an einigen Stellen zur Depigmentation auch der Haare geführt hat, ferner einen Fall von Purpura annularis teleangiektodes.

Bruhns demonstriert den Darm einer von Hg-Vergiftung ad exitum gekommenen Patientin. Dieselbe, eine an sekundärer Lues leidende 25jährige Person, bekam nach 10 Einreibungen à 4 g eine Stomatitis, ein hämorrhagisches Erythem, Durchfälle, zuletzt auch Nephritis, und erlag einer Herzschwäche. Die Obduktion ergab tiefgreifende Geschwüre im Darm, die besonders im Dickdarm bis auf die Muscularis gingen. Bemerkenswert ist, daß die Hg-Idiosynkrasie anscheinend erst im Laufe der Behandlung eintrat.

Derselbe zeigt ferner Photographien eines Falles von akquirierter Vitiligo.

Derselbe spricht über Elephantiasis recti. Vortr. hat sich gewöhnt, in Fällen von Elephantiasis vulvae stets das Rectum zu endoskopieren, um event. die Vorstadien der Strikturen, bzw. der Elephantiasis recti, wie Erhebungen, Wulstungen, Polypen der Schleimhaut in der Ampulle frühzeitig zu erkennen und zu behandeln. Die Ursache des Leidens bildet nach Ansicht des Vortr. fast immer die Lues, deshalb ist in diesen Fällen neben Bougierung frühzeitige energische spezifische Kur indiziert.

In der Diskussion wird darauf hingewiesen, daß auch andere Ursachen, wie Gonorrhoe, Ulcus molle, Mischinfektionen, sowie Tuberkulose ätiologisch in Betracht kommen können; Heller empfiehlt Thiosinamininjektionen.

Paul Cohn-Berlin.

X. Kongreß der Association française d'urologie.

(Annales des malad. d. org. genit.-urin.)

Gegenstand der Tagesordnung war dieses Mal die Pathologie und Therapie der Uronephrosen; am 2. und 3. Sitzungstage wurden aus allen Gebieten der Urologie zahlreiche interessante Berichte und Beobachtungen zur Mitteilung gebracht.

Harnröhrenerkrankungen.

Bei Harnröhrenspülungen verwirft Duchastelet die Kokainisierung, weil sie Keime in die Blase verschleppen kann und die für die Menge des Einzuspritzenden notwendige Kontrolle des Schmerzes des Patienten aufhebt; bei akuten Zuständen spült er rückläufig durch einen Charrière 12 dünnen Nélatonkatheter. Hamonic bedient sich der rückläufigen Katheterspülung seit 15 Jahren. Escat, Frank, Le Fur bevorzugen die Janetsche Methode, welche sich mit Kokainisierung auch bei sehr empfindlichen und nervösen Personen durchführen lasse. Duhot bringt die anästhesierende Flüssigkeit durch einen Katheter hindurch in die Harnröhre und benutzt nur schwache Lösungen als Spülmittel. Pasteau ersetzt die Janetschen Spülungen nur bei Sphinkterenspasmus und bei Überempfindlichkeit durch rückläufige. Desnos endlich betont, daß bei akuter Entzündung jede örtliche Behandlung, ob mit, ob ohne Katheter, schädlich sei.

Durch ein Clysopomp macht Bonneau die Einspritzungen in die Harnröhre; er hält das für bequemer und reinlicher.

An Harnröhreninstrumenten demonstriert Janet einen modifizierten Dilatator nach Holt, Freudenberg Mandrins für weiche und halbweiche Katheter, Hamonic einen Urethrographen (sinnreicher, aber wohl für die Praxis zu komplizierter Registrierapparat für Weite, Widerstand, Form von Strikturen), Desnos ein nur für Geübte empfohlenes anterogrades Urethrotom.

Über die Urethroskopie äußert sich Lebreton auf Grund von 200 Beobachtungen dahin, daß sie diagnostisch zwar sehr interessant, aber therapeutisch keine große Rolle spiele, nur gegen Drüsenerkrankungen und

Papillome etwas leiste. Man soll also keine Panacee daraus machen und den Einfluß von Hyperaktivität des Arztes und von Diathese des Kranken nicht außer acht lassen. Luys lobt die Urethroskopie; sie übersehe nichts und lokalisiere scharf; es seien selbst starke Ätzungen mit einem ganz feinen Lapisstift zulässig, wenn man sie durchs Urethroskop mache. Frank zeigt urethroskopische Bilder von galvanokaustisch behandelten Lakunitiden, von Höllensteinverätzungen, von traumatischen Strikturen, von Polypen des Veru montanum.

Ein Angiom der Harnröhre bei einem 14jährigen Knaben, welches beträchtliche und anhaltende Blutungen hervorrief, haben Forgeau und Jeanbreau durchs Urethroskop erkannt und in 14 Sitzungen mittels Elektrolyse entfernt; eine Exzision würde nach ihrer Ansicht nicht so ohne Narbe, ohne Härte und ohne Verengerung Erfolg gehabt haben.

Cowperitis hält Pasteau für eine nicht seltene Ursache der Hartnäckigkeit einer chronischen Urethritis; man erkennt die Schwellung der Drüse durch rektoperineale bidigitale Pulpation; mit dem gleichen Handgriff preßt man sie aus.

Einen 160 g schweren Harnröhrenstein entfernte Genouvitte mittels Schnitt aus der Urethra perinealis und prostatica eines 50jährigen Mannes mit Harnröhrenstruktur, Dammfistel und Inkontinenz.

Erkrankungen der Prostata.

Le Fur. Die Prostatamassage ist eine zweischneidige Waffe; bei akuten, infizierten Prostatitiden, bei Ausübung durch Laien kann sie sehr schädlich wirken, Epididymitiden und Abscesse zur Folge haben. Erörterung der Technik und der Anzeigen der verschiedenen Verfahren. Arthropathien und Rheumatismen entstehen oft von einer entzündeten Prostata aus.

Die perineale Methode der Prostatektomie scheint, nachdem sie vor 2, 3 Jahren als die Methode der Wahl gegolten hatte, nunmehr schon wieder verlassen zu werden. Pauchet hat sie 54mal ausgeführt, 19mal die suprapubische nach Freyer; nunmehr bevorzugt er die letztere, nur darf man nicht die Freyerschen Vorschriften „modifizieren“ wollen; genau nach Freyer ausgeführt, ist sie eine leichte, kurzdauernde, wirksame Operation. Legueu hat in aseptischen Fällen die die Prostata überkleidende Schleimhaut erhalten, die Wundhöhle damit übernäht und die Blase primär vernäht. Nach Cartier lebt die Prostatectomia perinealis nur noch von den Gegenanzeigen der suprapubischen; er urteilt auf Grund von 14 vollkommenen Heilungen 58 bis 73jähr. Prostatiker. Loumeau hat von 17 nach Freyer operierten 71 bis 84jähr. Männern 15 geheilt, zwei verloren, verwirft wie Tauchet „Modifikationen“. Escat bedient sich zur Stillung der Blutung, die oft zu fürchten ist, eines Mikuliczschen Tampons von Seidenfaden, der zur Harnröhre hinausgeleitet wird. Freudenberg will nicht eine Methode für alle Fälle zulassen; er glaubt nach drei Prostatektomien Regeneration der Prostata beobachtet zu haben. Pousson, Lasic, Loumeau machen Vorschläge für die Nachbehandlung. Moran hat bei Prostatismus durch Atrophie nach Sectio alta unter Leitung des Auges die Prostata kauterisiert. Nur Chatelin, dem von vier suprapubisch operierten zwei starben, verteidigt noch den Weg vom Damm her zur Exstirpation der Prostata.

Erkrankungen der Blase.

Debout d'Estrics berichtet einen Fall von Selbstze[illegible] eines Blasensteins.

Als Divertikel der Blase (Potherat) entpuppte sich eine vom Nabel bis zur Symphyse reichende, fluktuierende Geschwulst; sie ging vom Scheitel aus, faßte 6 Liter (!) und wurde durch Vernähung an die Haut zur Verödung und Heilung gebracht. In ähnlicher Weise heilte Moran ein Blasendivertikel, welches 3mal so groß als die Blase selbst war und Steine einschloß.

Intravesikale Massage nennt Minet ein Verfahren zur Stärkung der Blasenmuskeln durch Lufteinpressung und Luftaussaugung mit Hilfe von Ballons.

Das Kurettement der Blase per vias naturales will Pousson auch beim Manne angewandt wissen. Mit einer Katheterkürette von Hebelform schabt er aus; danach tupft er mit 10 % Chlorzink. Der Patient muß chloroformiert werden. Nach der Operation wird für einige Tage Verweil-Katheter eingelegt. Vorwiegend hartnäckige gonorrhoische Cystitiden sind für das Verfahren geeignet. Leukoplakien, Tuberkulosen, Blasen mit Ulcerationen oder Divertikeln dürfen nicht ausgekratzt werden. 80 % Heilungen, 1mal Tod durch Perforation. (An den Sternschen Fall von Perforation der Blase durch Kurettement erinnert Freudenberg). Mir scheint, daß mit diesem Todesfall der Methode ihr Urteil gesprochen ist.

Die Cystoskopie wurde von Luys, Chatelin, Pasteau besprochen, man stritt über die Brauchbarkeit der Methoden mit und ohne Optik (vgl. d. Centralbl. IX. S. 6: „Endoskopische Neuerungen). Daß die Cystoskopie stets eine unentbehrliche Ergänzung der Separation ist, heben Jeanbreau und Chatelin hervor.

Erkrankungen der Harnleiter und Nieren.

„Uronephrose" nennt der Ref. eine Nierengeschwulst, gebildet durch progressive und aseptische chronische Retention mit Distension der pyelorenalen Höhle, hervorgerufen durch ein Hindernis für den Abfluß des Harns. Dies Hindernis ist kongenital oder akquiriert: Mißbildung der Harnleiter, Klappenbildung bei Ren mobilis, Druck auf den Harnleiter durch Neubildung, Entzündung, oder durch kreuzende, abnorm verlaufende Arterien. Die pathologische Physiologie variiert je nach der Größe und der Schnelligkeit der Rückstauung und des Abfließens des Urins; Nierenspannung und Harnleiterperistaltik wirken mit. Die Behandlung muß immer eine konservative und kausale sein; Nephrektomie ist nur zur Not oder nach gänzlichem Nierenschwund erlaubt.

Diskussion: Nicht in allen Punkten besteht Übereinstimmung; die Details übergehe ich, weil sie nur den Operateur interessieren.

Den Harnleiterkatheterismus hat Léon-Imbert 2mal erfolgreich zur Beseitigung von Anurie bei Steineinklemmung angewandt; dahingegen blieb er in 2 Fällen von Rafin ohne Erfolg; Escat und Rafin warnen vor Harnleiterkatheterismus an der gesunden Seite bei vermutlich einseitiger purulenter Pyelonephritis calculosa. Desnos fand in einem Harnleiterkatheterurin Tuberkelbazillen, exstirpierte die Niere und Harnleiter; sie waren ganz gesund; nachher erkannte man Prostatatuberkulose; vielleicht sind aus der Prostata Bazillen vom Collum hier in den gesunden Harnleiter heraufgeschoben worden.

Wegen Tuberkulose hat Rafin 44 Nieren exstirpiert; mit 5 Todesfällen, vier späteren Todesfällen, zwei Erkrankungen der Schwesternieren, also 75 % besten Erfolgen. Beginn der Blasentuberkulose indiziert schleuniges Operieren. Von sieben, deren zweite Niere vorher nicht untersucht werden konnte, starben drei. Einen Patienten mit Tuberkulose beider Nieren sah Minet nach 2tägiger Anurie noch 16 Tage leben. Le Fur wiederholt seine

Ansicht, daß man bei latenter Renotuberculosis mit der Operation ruhig warten dürfe; die Operationstodesfälle bei Frühoperation seien nicht fortzudiskutieren.

Bei infizierter Nephrolithiasis ist nach Pousson die Nephrotomie zwar gutartiger, aber sie führt seltener zur Heilung; die Nephrektomie kann heute, wo man die Sufficienz der Schwesterniere vorher prüfen kann, öfter primär gemacht werden. Lumeau erklärt: Man muß unterscheiden zwischen ascendierender Pyelonephritis bei Nephrolithiasis und metastatischer, cirkulatorischer eitriger Pyelonephritis mit multiplen kleinen Abscessen; die erstere kann durch Nephrostomie heilen, die letztere nur durch Nephrektomie.

Die übrigen Mitteilungen sind kasuistischer Art.

Goldberg-Cöln/Wildungen.

V. Vermischtes.

— In dem russischen Journal für Haut- und Geschlechtskrankheiten (1907, Nr. 1 u. 2) berichtete 1) Selenef über Onychia blastomycotica. Onychia und Paronychia werden gewöhnlich zu den Trichophytien und Favus gezählt, können auch durch das Eindringen von Hefepilzen hervorgerufen werden, wie der Fall von Selenef beweist. Bis jetzt sind in der Literatur 43 solcher Fälle aus Amerika beschrieben worden und nur 2 Fälle in Europa. Die Röntgen-Aufnahme beweist, daß der krankhafte Prozeß auch tiefer bis auf den Knochen sich erstrecken und denselben erodieren kann. Der Hefepilz muß in diesen Fällen zu dem Sacharomyces lithogenes gezählt werden, da er Kalksalze produziert. Die Nagelsubstanz des linken Daumens, der linken großen Zehe und des 4. Fingers der linken Hand war brüchig, verdickt, mit Unebenheiten bedeckt und von grünschwarzer Farbe; 2) Himmel über Porokeratosis Mibelli. Obgleich von Mibelli, Respighi, Joseph und anderen dieses Krankheitsbild abgegrenzt und beschrieben ist, wird die Dermatose doch mit anderen verwechselt. Die Efflorescenzen von blaßgrauer bis blaßbrauner Farbe und verschiedener Größe waren auf den Extremitäten, Bauch und Rücken zerstreut. Eine jede Efflorescenz war im Centrum eingesunken und in der Peripherie von einem harten hornigen Wall umgeben. Die größeren Efflorescenzen hatten in der Mitte einen erhabenen Epithelpfropfen, der aber nicht die Höhe des Grenzwalles erreichte, der sich wiederum scharf von der normalen Haut abhob. Histologisch konnte im Centrum einer jeden Efflorescenz der Ausführungsgang einer Schweißdrüse nachgewiesen werden. Die Epidermis wenig verändert. Morphologisch und histologisch entsprach der Fall völlig der von Mibelli beschriebenen Porokeratose, deren histologische Struktur nach Joseph völlig verschieden ist von Lichen ruber planus, mit dem manche Autoren diese Affektion noch verwechseln. Nach Mibelli ist die Porokeratose eine Hautdystrophie, die von den Ausführungsgängen der Schweißdrüsen ausgeht; 3) Ehrlich: Spirochaete pallida. Von 22 untersuchten Syphiliskranken konnte er bei 17 die Spirochaeta pallida nachweisen. Die Spirochaeta pallida findet sich in allen virulenten Efflorescenzen der rezenten Syphilis. Die Spirochaeta refringens kann leicht unterschieden werden von der Spirochaeta pallida. In nicht luetischen Krankheitsprodukten ist bis jetzt der Befund von Spirochaeta pallida nicht sicher erwiesen. Cytorrhyctes luis Siegel findet sich oft zusammen mit der Spirochaeta pallida; Kudisch zeigt 2 Fälle von Syphilis insontium. Bei einer Hebamme, die trotz einer kleinen Schrunde am Zeigefinger eine luetische Frau entband, entwickelte sich nach 4 Wochen ein Ulcus durum d

Phalange. Die Drüsen der Ellenbeuge stark vergrößert, die der Achselhöhle weniger, ein papulo-makulöses Syphilid, Corona veneris, Papulae genitalium und eine periphere Facialislähmung traten später bei der Kranken auf. Nach 20 Injektionen von Hydr. benzoicum schwanden das Exanthem und die Parese. Der zweite Fall betraf einen Studenten, der sich zwei Ulcera der Unterlippe zugezogen hatte, wahrscheinlich durch die Benutzung eines gemeinsamen Spülsyphons, dessen eine gläserne Röhre die Studenten in den Mund zu nehmen pflegen. Auch hier waren die submaxillaren Drüsen stark vergrößert. Nach einiger Zeit trat ein Exanthem ein; 5) Ewdokimoff: Talalgia gonorrhoica chronica. Bei einem Kranken mit Gonorrhoe entwickelten sich nach Janetscher Spülung heftige Schmerzen, verbunden mit Rötung und Schwellung der Füße, und zwar im Calcaneus, der Anheftungsstelle der Achillessehne, Aponeurosis plantaris und den Metatarsophalangealgelenken. Die Krankheit verlief chronisch und auch nach drei Kuren mit Moorbädern, trotz Elektrizität und Massage, ist er nicht imstande, längere Strecken ohne Schmerzen zurückzulegen; 6) Selenef, Dermatomycosis seu Dermatotripanosomiasis faciei varioloides, beschreibt einen Kranken mit einem teils vesikulösen, teils pustulösen gelben Ausschlag des Gesichtes, entstanden durch Reizung der Haut durch Spinnen. An einigen Stellen hatten sich feste gelbe Krusten gebildet, die oberflächliche Geschwüre bedecken. Mikroskopisch fanden sich keine Kokken, aber wohl Hefepilze, Schimmelpilze und Protozoa aus der Klasse der Flagellata (Mastigophora) und vom Typus der Trypanosomen. Selenef schließt alle anderen Dermatosen aus und glaubt eine neue pseudopustulöse Dermatose vor sich zu haben; 7) Sarubin, über extragenitale Syphilisinfektion, teilt 47 Fälle von extragenitaler Syphilisinfektion mit, die er in seiner Praxis beobachtet hat. Das Verhältnis der extragenitalen Sklerosen zu den genitalen war nach dem Autor 2,35 % in der Privatpraxis (27:1145) und 0,47 % (20:4160) in der Hospitalpraxis, das der extragenitalen Luesfälle zu den genitalen überhaupt war 47:5305, d. h. 0,88 %. Die Infektion per os prävalierte in den Fällen des Autors. Die Städtebewohner, als auf einer höheren Kulturstufe stehend, lieferten weniger Opfer als die Bevölkerung des flachen Landes. Durch Belehrung der Massen, durch öfters Hinweisen auf die Möglichkeit der extragenitalen Syphilisinfektion, endlich durch gerichtliches Einschreiten gegen diejenigen Syphilitiker, die infolge Nachlässigkeit oder Unvorsichtigkeit die Krankheit extragenital verbreiten, glaubt Sarubin die Zahl der extragenitalen Infektionen vermindern zu können. Weiterhin ist er der Meinung, daß die Lokalisation des Primäraffektes keinen erschwerenden Einfluß auf den Verlauf der Lues hat. Er glaubt, daß Ärzte mit latenter Syphilis wohl mit Vorsicht die Praxis ausüben können.

J. Sack-Minsk (Rußland).

VI. Personalien.

Bei Herrn Prof. Oberländer-Dresden, Christianstraße 28 sind Vorträge und Demonstrationen für die Sektion für Dermatologie und Syphilidologie der Dresdener Naturforscherversammlung möglichst bald anzumelden. Insbesondere sind Demonstrationen von Kranken, Moulagen, mikroskopischen Präparaten usw. erwünscht.

Um Einsendung von Separatabzügen und neuen Erscheinungen an den Herausgeber Dr. Max Joseph in Berlin W., Genthiner Strasse 5, wird gebeten.

Verlag von Veit & Comp. in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Dermatologisches Centralblatt.

INTERNATIONALE RUNDSCHAU

AUF DEM GEBIETE DER HAUT- UND GESCHLECHTSKRANKHEITEN.

HERAUSGEGEBEN
VON

DR. MAX JOSEPH

Zehnter IN BERLIN. **Jahrgang.**

Monatlich erscheint eine Nummer. Preis des Jahrganges 12 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie direkt von der Verlagsbuchhandlung Veit & Comp. in Leipzig.

1907. **Juli.** **Nr. 10.**

I. Originalmitteilung.

[Aus Dr. Max Joseph's Poliklinik für Hautkrankheiten in Berlin.]

Zur Statistik des Trippers beim Manne und seiner Folgen für die Ehefrau und Kinderzahl.

Von Dr. **F. Yùdice**, Volontär-Assistent.

Wie auf vielen andern Gebieten hat W. Erb[1] auch in der Frage über die Prognose der Gonorrhoe eine neue Anregung zu wissenschaftlichen Forschungen gegeben.

Erb versuchte die Frage nach der Häufigkeit des Trippers beim Manne und seiner Folgen für die Ehefrauen und Kinderzahl auf statistischem Wege zu lösen und kam hierbei zu dem überraschenden Resultat, daß der Tripper — was sein Material anbelangt — noch nicht einmal in 50 % der Fälle (genau 48,5 %) gegenüber den 80—100 % anderer Autoren vorhanden ist, und weist ferner darauf hin, daß 45 % dieser Männer überhaupt von jeder venerischen Infektion frei geblieben sind.

Bezüglich der Altersperiode, in welcher der Tripper zumeist erworben wird, fand Erb, gemäß den allgemeinen Erfahrungen, daß weitaus die meisten Gonorrhoen vor dem 25. Lebensjahr erworben werden und zwar:

---

[1] Münchener med. Wochenschrift. 1906. S. 2329.

84,7 % bis zum 25. Lebensjahre,
15,3 % nach dem 25. „

Bei den Ehefrauen von Männern, welche verschieden lange Zeit vor der Heirat an Tripper gelitten haben, fand Erb nur in 4,25 % sicher oder sehr wahrscheinlich und in 2 % nicht sicher oder nicht zu erkennende gonorrhoische Unterleibsleiden. Von „Vergiftung der Ehe“ und „Unfruchtbarkeit“ mit besonderer Berücksichtigung der Kinderzahl sowohl bei den gesundgebliebenen wie auch bei den gonorrhoisch erkrankten Ehefrauen ist nach Erbs Statistik, wie er selber angibt, nicht viel zu bemerken.

Auch was der Zeitabstand zwischen der Infektion des Mannes und die Heirat betrifft, hat er keine besondere Gefährdung der Frauen, auch nicht bei den Ehen mit geringerem Zeitabstand, feststellen können.

Da natürlich aus einer Statistik nicht zu viele allgemeingültige Schlußfolgerungen zu ziehen sind, so mußte naturgemäß von hier aus die Anregung ausgehen, möglichst viele Erhebungen aus andern Bevölkerungsklassen, wenn möglich, anzustellen. Dies ist bisher noch von keiner Seite geschehen. Zwar sind schon von vielen Seiten, wie wir später sehen werden, Einwände gegen die Erbschen Schlußfolgerungen erhoben worden. Aber dieselben gründen sich auf theoretische Erwägungen und allgemeine Eindrücke ohne eigenes statistisches Material zur Kontrolle der Erbschen Zahlen heranzuziehen.

Deshalb folgte ich gerne der Aufforderung des Herrn Sanitätsrat Dr. Max Joseph, das Material seiner Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten zu durchforschen und mich mit dem insbesondere gonorrhoisch infizierten Material eingehend zu beschäftigen. (Das Wesentliche hierüber ist in meiner Doktorarbeit, Berlin, 13. Mai 1907, niedergelegt.) Denn an das Resultat solch' einer Erhebung knüpft sich nicht nur ein rein wissenschaftliches, sondern auch gesellschaftliches ja zum Teil sogar kulturelles Interesse.

Um so größer ist darum das Bedürfnis nach Zahlen, die den tatsächlichen Verhältnissen möglichst genaue Rechnung tragen, und um so wünschenswerter der Fund einer Methode, auf deren Bahn wir zu diesem Ziel gelangen können.

Ich erblicke nun in Übereinstimmung mit Erb in der retrospektiven Methode diesen Weg. Derselbe setzt sich aus zwei Faktoren zusammen, aus Erhebung einer Anamnese überhaupt, und zwar zweitens bei Männern über 25 Jahren zwecks Eruierung der Häufigkeit des Trippers, bei verheirateten tripperkranken Männern, um die Folgen ihrer Infektion auf die Ehe zu finden. Wenn Kopp und Kossmann ausführen, jede Statistik, die sich auf Angaben der Kranken stütze, sei von vornherein unsicherer als eine solche, die auf Beobachtungen der Ärzte

gegründet sei, so ist das zu allgemein gesagt; denn wie will die Beobachtung der Ärzte bei einem 30—35jährigen Manne, der einen oder gar mehrere Tripper gehabt hat, diese, da sie geheilt sind, anders herausbekommen als durch Befragen?

Als Beleg hierfür sei es mir hier schon erlaubt, einige Zahlen anzubringen. Ich habe 13 000 laufende Fälle aus den Büchern dieser Poliklinik mit folgendem Resultat durchgesehen:

Tabelle I.

Von 13000 Patienten wurden behandelt an:		in Prozenten	
Hautkrankheiten	8823	67,87	
hartem Schanker	805	6,19	14,51
sekundärer und tertiärer Lues . . .	1081	8,32	
floridem Tripper	1347	10,36	17,62
chronischem Tripper	944	7,26	
	13000	100 %	

Gegenüber den mit der anamnestischen Methode gewonnenen und später ausführlicher zu erwähnenden 50,3 % ist eine Differenz von nicht weniger als 32,7 % zu ungunsten dieser Art von Statistik zu konstatieren, da eben viele von den wegen Hautkrankheiten oder Lues Behandelten früher wohl eine oder mehrere Tripperinfektionen durchgemacht haben.

Auch bei Feststellung der Altersperiode, in der die Gonorrhoe zumeist erworben wird, ergab sich hier ein geringerer Prozentsatz (67,6 % anstatt 77 %, wie später angegeben) der Männer, die bis zum 25. Lebensjahre ihre Infektion durchgemacht haben, wie folgt:

Tabelle II.

Injiziert wurden von den 1347 Fällen mit floridem Tripper (nach den Büchern):		in Prozenten
Im Alter unter 25 Jahren . . .	910	67,6
Im Alter über 25 Jahren . . .	437	32,4
	1347	100 %

Manche von den Männern, die in dieser Klinik an ihrem floriden Tripper behandelt wurden, hatten eben in früheren Jahren schon eine oder mehrere gonorrhoische Infektionen durchgemacht.

Gegen die anamnestische Methode ist vor allem eingewendet worden, daß ein nicht geringer Teil der Patienten, wenn befragt, die Tatsache ihrer venerischen (speziell gonorrhoischen) Infektion nicht angeben, und

Hans Vörner[1] sagt in seiner kritischen Beleuchtung des Erbschen Artikels ausdrücklich: „In der Erbschen Statistik fehlt der Prozentsatz der Männer, welche ihre Gonorrhoe unterschlagen, und dieser Prozentsatz ist nicht klein.“ Auch Blaschko[2] polemisiert in dem ersten Teil seiner Ausführungen zu Erbs Arbeit aufs nachdrücklichste gegen die Heranziehung der Anamnese zur Tripperstatistik, wie ich glaube, mit nicht einwandsfreien Gründen. Er zieht zum Beweis die äußerst verschiedenen Resultate bei der Fahndung auf Lues in der Anamnese von Paralytikern heran. Das ist aber nicht mit einer Anamnese auf Gonorrhoe aus leicht ersichtlichen Gründen in Analogie zu bringen. Sein Exemplifizieren auf die Mitglieder der Versicherungsgesellschaft zum Zweck des Beweises der äußersten Ungenauigkeit der Angaben in venerischen Infektionen ist zur Entscheidung unserer Frage ganz irrelevant, da hier, wie Blaschko ja auch, aber nicht mit der gehörigen Energie des Ausdrucks zugibt, ein schwerwiegender Grund für die Verheimlichung aller Geschlechtskrankheiten vorliegt. Und wenn er behauptet, ein solcher Grund bestehe nicht für die Genorrhoe, so wissen das die Leute doch nicht, und in ihrer Begierde, nur ja in die Versicherung zu kommen, verschweigen sie alles, was ihnen durch ihre Angaben irgendwie schaden könnte.

Endlich bringt der folgende Satz Blaschkos dem Sinne nach eine direkte Empfehlung der Verwertung der Anamnese zur Geschlechtskrankheitsstatistik. Er sagt nämlich wörtlich:

„Erb selbst ist ja bei seinen Tabikern im Laufe der Jahre durch immer sorgfältigeres Eruieren der Anamnese zu immer höheren Prozentsätzen gelangt, Prozentsätzen, die schließlich fast das wirkliche Verhältnis erreichten.“

Damit gibt er zu, daß die Anamnese (auf Lues) dieses fast wirkliche Verhältnis erlangt hat; worauf es uns also ankommt, die Methode befürwortet er in der Tat durch den Sinn obigen Satzes.

Wenn aber hier eine ihres Zieles sich von vornherein bewußte, ausgearbeitete Art der Befragung einsetzt, so steigt die Wahrscheinlichkeit, der Wahrheit gemäße Angaben von den Patienten zu erlangen. Erb hat genau „erfragt“ und gibt an, „sehr deutliche und präzise Angaben“ erhalten zu haben. Ich habe nun meine ganze Aufmerksamkeit diesem Punkte zugewendet. Blaschkos psychologisch guten Vorschlag, gleich zu fragen: „Wie oft haben Sie einen Tripper gehabt?“ habe ich angenommen, und er hat mir gute Resultate geliefert. Ich habe mich eingehend mit dem Patienten beschäftigt: Jahr der ersten Infektion, Zahl ihrer Tripper. Ehe, Kinderzahl, all das erfragt, was sich für die vorher

---

[1] Münchener med. Wochenschrift. 1907. S. 219.

[2] Münchener med. Wochenschrift. 1907. S. 216.

ausgearbeiteten Forderungen der unten veröffentlichten Statistik als notwendig herausstellte; ja ich habe beiläufig im Gespräch mit dem Patienten die mögliche Wichtigkeit der Angabe einer venerischen Infektion für den Zusammenhang mit der jetzigen Krankheit, und sei sie eine noch so unschuldige Hautaffektion gewesen, betont. Das war den Leuten — ich komme jetzt zu dem Material, aus dem ich meine Zahlen genommen habe — um so plausibler, als in ihrem Bewußtsein Haut- und Geschlechtskrankheiten nicht so weit auseinanderliegen, und sie nach der Poliklinik für diese Affektionen gleichsam gerüstet auf die Frage kommen: „Haben Sie mal einen Tripper, Schanker gehabt . . .?"

Aber auch sonst sind die niederen Bevölkerungsschichten zuverlässiger in ihren Angaben über venerische Krankheiten als die höheren Stände. Bei diesen wird immer ein nicht unbeträchtlicher Rest bleiben, der trotz eindringlicher Befragung aus Scham, weil, wie Blaschko mit Recht sagt, ihnen die Frage überflüssig und peinlich erscheint, seine Geschlechtskrankheit unterschlägt. Wieder andere sind intelligent genug, um einzusehen, daß sie nichts riskieren, wenn sie sich dem ihnen doch unangenehmen Zugeständnis der Gonorrhoe entziehen. So halte ich mein Material zum mindesten für ebenso geeignet als das Erbs, und wenn nun aus meinem Material heraus Zahlen resultieren, deren nicht unbedeutende Differenz gegenüber den von Erb gefundenen in anderen, später zu erörternden Faktoren ihre Haupterklärung findet, so spricht das doch außerordentlich für die retrospektive Methode.

Schließlich mögen noch folgende Argumente angeführt werden, die wohl die Kraft eines Beweises für die Zuverlässigkeit der von den Patienten gemachten Angaben erreichen.

Hier müssen ein paar gefundene Zahlen vorweggenommen werden. Es herrscht, wie auch Erb anführt, kein Zweifel darüber, daß die meisten Gonorrhoen bis zum 25. Lebensjahre erworben werden, und auch unsere Statistik hat das ergeben. Wir haben nun 800 Patienten unter, 1500 über 25 Jahre befragt. Zur Kontrolle der Stetigkeit und Zuverlässigkeit der Angaben dieser beiden Parteien müssen zwei Erwägungen angestellt werden, und zwar unter der Voraussetzung, daß die meisten vor dem 25. Lebensjahre sich gonorrhoisch infizieren, nämlich erstens müssen die Männer im Alter von 25—40 Jahren und darüber einen größeren Prozentsatz Tripperkranker stellen als die bis zum 25. Jahre, weil eben noch Infektionen nach dem 25. Jahr vorkommen, anderseits darf die Differenz dieser Prozentzahlen keine erhebliche sein, weil der größte Teil der Gonorrhoen bis zum 25. Jahre erworben wird. Diese beiden Bedingungen sind aber in den Zahlen erfüllt:

Von den 800 Patienten unter 25 Jahren sind 53,1 %, von den 1500 über 25 Jahren sind 61,9 % gonorrhoisch infiziert worden.

Was nun die Häufigkeit des Trippers bei Männern betrifft, so verfüge ich über 2300 genau befragte Fälle. Das Material setzt sich aus Arbeitern, Handwerkern, Kaufleuten, Beamten zusammen, zum größten Teil entstammt es der niederen Bevölkerungsklasse der Großstadt. Auch die Infektion mit Lues ist in die Fragen aufgenommen worden, weil es zu eruieren galt, wieviel überhaupt von jeglicher venerischen Infektion verschont geblieben sind.

Für alle folgenden Erwägungen machen wir die stillschweigende Voraussetzung, daß wir sie nur für dieses unser Material als zutreffend in Anspruch nehmen.

Indem wir hier nur die Auszüge der nach Erb angegebenen tabellarischen Aufstellung wiedergeben, resultieren folgende Zahlen:

Tabelle III.

Von 800 Männern mit Haut- und Geschlechtskrankheiten zwischen 15 und 25 Jahren hatten:		in Prozenten
Tripper	425	53,1
harten Schanker, sekundäre oder tertiäre Lues	123	15,4
keinerlei Infektion	312	39
und von 1500 Männern über 25 Jahren:		
Tripper	929	61,9
harter Schanker, sekundäre oder tertiäre Lues	415	27,7
keinerlei Infektion	435	29

Vor allem sehen wir also, daß auch in unserer Bevölkerungsschicht so hohe Zahlen wie 80—100 % anderer Autoren nicht in Betracht kommen. Sie sind ja höher als die von Erb gefundenen, das soll später erörtert werden, aber immerhin bleiben auch in unserem Material 38,1 % von einer gonorrhoischen, 29 % überhaupt von jeder venerischen Infektion verschont.

Vergleicht man nun die Prozentzahlen der Tripperinfizierten in Tabelle III miteinander, so erhält man eine Differenz von 8,8 %, d. h. in 100 von auf Gonorrhoe befragten Männern über 25 Jahren gaben durchschnittlich 8,8 mehr den Tripper an als in 100 unter 25 Jahren.

Diese 8,8 % werden aber von Leuten gestellt, die ihre Infektion nach dem 25. Lebensjahr erwerben und, wie die Zahl zeigt, ist ihre Menge nicht gering.

Eine noch bessere Illustration erfährt diese Angelegenheit durch den Auszug der Lebensalter, in denen der Tripper erworben wird.

Tabelle IV.

Infiziert wurden von 1354 Fällen:		in Prozenten
Im Alter unter 25 Jahren . . .	1044	77
Im Alter über 25 Jahren	310	23
	1354	100 %

In Erbs diesbezüglicher Statistik, aus 400 Fällen entnommen, stehen 84,7 % gegenüber 15,3 %. Wir haben also

$$23 - 15{,}3 = 7{,}7\,\%$$

mehr der Tripper, die über 25 Jahren erworben werden. Daraus ist der Schluß zu ziehen, daß unser Material ein größeres Kontingent von den Männern stellt, die noch über 25 Jahren gonorrhoisch infiziert werden, und in diesem Sinne ist auch die Gegenüberstellung der Zahlen in Tabelle III zu verstehen. Obwohl die meisten Tripper bis zum 25. Lebensjahr erworben werden, ist eben trotzdem die nicht unbeträchtliche Differenz von 8,8 % gegenüber denen vorhanden, die über 25 Jahren auf Gonorrhoe inquiriert wurden.

Das war nun a priori zu erwarten, denn wir haben ja Material aus der Großstadtbevölkerung vor uns. Hier erlischt die vielseitige geschlechtliche Tätigkeit später, und auch verheiratete Männer haben sowohl mehr Chance als Veranlassung, außerehelich sexuellen Unternehmungen nachzugehen.

Folgende Erwägung könnte hier ihren Platz finden gemäß unseren Zahlen:

Es werden noch 23 % der 800 Männer unter 25 Jahren später einer gonorrhoischen Infektion anheimfallen = 184. Das macht zusammen mit den 1354 bereits erworbenen Trippern 1538, d. i., bezogen auf 2300 befragte Fälle 66,9 %, eine Zahl, die gewissermaßen ein Maximum darstellt.

Wenn man nun die in Tabelle III gefundenen 61,9 % für die Häufigkeit der Tripperinfektion bei Männern über 25 Jahren mit den 48,5 % Erbs vergleicht, so tritt die hohe Differenz von 13,4 % auffällig hervor, ja die Häufigkeit der gonorrhoischen Ansteckung ist bei unseren 800 Fällen unter 25 Jahren prozentuarisch höher als bei den Patienten Erbs über dies Alter. An diesen starken Unterschieden ist nun, wie direkt nachweisbar, der Hauptsache nach unser verschiedenes Material schuld. Unser Resultat ist nämlich zugunsten der Häufigkeit der Tripperinfektion stark von der Tatsache beeinflußt, daß unsere Patienten ja einer Klinik für Haut- und Geschlechtskranke entstammen, daß hier mehr venerisch

Infizierte zusammenströmen als in irgend einer andern Klinik, die eben wegen ihres Geschlechtsleidens noch in Behandlung stehen. Das muß aber prozentuarisch die resultierende Durchschnittszahl außerordentlich belasten und, wie die folgende Tabelle zeigt, hat es das auch getan. Ideal wäre, wenn man nach Analogie der Volkszählung überhaupt an der Hand der retrospektiven Methode Zahlen bezüglich des Vorkommens der Tripperinfektion gewänne, da man dann in der Lage ist, von den Krankheiten bzw. Geschlechtskrankheiten, die die Patienten augenblicklich haben, gänzlich zu abstrahieren.

Wir haben da nun folgende Überlegung angestellt. Von unseren 1500 befragten Fällen über 25 Jahren ziehen wir diejenigen ab, die nach der Josephschen Poliklinik kamen, um sich an ihren akuten oder chronischen Gonorrhoen behandeln zu lassen. Das sind 350 Patienten. Der Rest von 1150 stellt also dann ein Material dar, das wir unabhängig von dem für das Endresultat schwer in die Wagschale fallenden Einfluß der Klinik für Geschlechtskrankheiten gemacht haben, es sind das außer Luetikern größtenteils Patienten mit Hautaffektionen.

Auch die Zahl der syphilitisch angesteckten — 175 —, die sich augenblicklich in unserer Behandlung befinden, haben wir von den 1500 abgezogen, um der nicht unwichtigen Frage der überhaupt von jeglicher venerischen Infektion frei gebliebenen näher zu treten. Es bleiben in diesem Falle 1325.

Sodann repräsentieren sich unsere Fälle wie folgt:

Tabelle V.

		in Prozenten
Von den restierenden ersten 1150 Patienten gaben Tripper anamnestisch an	579	50,3
Von den soeben erwähnten 1325 gaben Lues anamnestisch an	240	18,1
Nach Abzug der 350 + 175 venerisch erkrankten, die jetzt bei uns in Behandlung stehen, von den 1500 über 25 Jahre alten Männern, bleiben 975. Davon hatten keinerlei venerische Infektion	435	44,6

Das ist wahrlich ein so interessantes wie überraschendes Resultat und zeigt, wie stark beeinflußt die 61,9 % von den jetzt noch geschlechtskranken Patienten sind. Damit sinkt der Unterschied gegenüber der Erbschen Publikation auf 1,8 %, und das Ergebnis der letzten Tabelle, die eigentlich nur zugrunde gelegt werden darf, ist, daß auch in der niederen Großstadtbevölkerung nur die Hälfte al[...] gonorrhoisch infiziert werden.

Entsprechend der Wichtigkeit des Gegenstandes, name[...]

Ausführungen des zweiten Teiles unserer Arbeit, und um noch einigen Äußerungen Blaschkos und Grubers entgegenzutreten, möchten wir nochmals betonen, daß von unseren 1500 Fällen über 25 Jahren nach Ausschaltung der noch in Behandlung stehenden Gonorrhoiker und Luetiker, 44,6 % von jeder Infektion und 49,7 % von der Ansteckung mit Tripper verschont bleiben. Das muß zum klaren Ausdruck gebracht werden, „die Sprache der Statistik und der Statistiker" darf doch nicht so beschaffen sein, daß sie Gefahr läuft, selbst von den Fachleuten mißverstanden zu werden. „Wenn von 100 Männern — so lautet Blaschkos Beispiel — 60 einmal, 14 zweimal, 4 dreimal eine Gonorrhoe gehabt haben, so haben wir auf 100 Menschen 100 Gonorrhoen, d. h. auf „jeden durchschnittlich eine . . .", ja, das ist ja nicht das Wesentliche, sondern sein Nachsatz, daß 22 von jeder Gonorrhoe verschont geblieben sind. Auch in dem folgenden Beispiel mit der Krankenkasse findet sich diese mathematische Klügelei ohne praktischen Wert, dies Herumgehen um den wahren Wert der Frage: „Wenn in einem Jahr in Berlin 12 %, in Breslau 20 % der Mitglieder einer kaufmännischen Kasse an Gonorrhe erkranken, so erkranken in 5 Jahren eben 60 bzw. 100 %, in 10 Jahren 120 bzw. 200 %." Endlich sagt Gruber mit Worten, die doch nur einen Sinn zulassen: „In der Berliner Studentenkrankenkasse erkranken jährlich 25 % an venerischen Krankheiten; demnach würde also in Berlin jeder Student in 4 Jahren einmal venerisch erkranken." Hier liegen die Fehler sonnenhell zutage in Form zweier falscher Voraussetzungen. Erstens müßten nämlich in den 4 Jahren die Studenten dieselben Männer bleiben, die die 25 % des ersten Jahres gestellt haben, was natürlich nicht der Fall ist, zweitens dürften unter die 25 % nur die ersten Infektionen gerechnet werden, was erst recht nicht zutrifft. Und da haben wir den Hauptfehler, den Blaschko und Gruber in praktischer Beziehung gemacht haben, daß sie mit den Trippern, die die einzelnen zum 2., 3., 4. Male durchmachen, das leere Konto der Nichtinfizierten belasten.

Wie groß die Zahl derer ist, die mehr als einmal gonorrhoisch infiziert werden, geht aus folgender Tabelle hervor:

Tabelle VI.

Von den 1354 Fällen hatten:	
1 Tripper	798
2 Tripper	324
3 und mehr Tripper	150
chronischen Tripper	82
	1354

Für uns aber und allgemein in praktischer Beziehung kommt es darauf an zu wissen, wieviel ohne und wieviel mit gonorrhoischer Infektion in die Ehe treten. Daran könnten wir — das ist von vornherein zu schließen erlaubt — ein Mittel besitzen, um den Einfluß der Tripperinfektion auf die Ehe und Kinderzahl zu finden. Inwieweit ein solcher vorhanden ist, soll uns der zweite Teil dieser Arbeit zeigen.

(Schluß folgt.)

II. Referate.

Allgemeine Pathologie und Therapie.

1) **Zur Kenntnis einiger getrockneter, medizinischer Hefepräparate,** von Casimir Strzyzowski. (Therapeut. Monatshefte. 1907. Nr. 4.)

Aus polarimetrischen Zuckergehaltermittelungen in Glykoselösungen vor sowie nach der Einwirkung getrockneter bzw. frischer Hefe geht hervor, daß die Coirrésche Hefe die einzige ist, deren Gärungsvermögen demjenigen einer frischen Hefe nahekommt. Dieses Gärungsvermögen, welches neben der Keimung eines der prägnantesten Kennzeichen für die Vitalität der Hefezellen bildet, tritt bereits bei der „Furonculinezyma“ geschwächt auf, ist bei der „Levurinose Blaes“ schon sehr gering, bei der „Levure zyma bicarbonatée“ kaum nennenswert und bei den „Comprimés de lavure Finck“ gleich Null.

Schourp-Danzig.

2) **Iconographia dermatologica. Atlas seltener, neuer und diagnostisch unklarer Hautkrankheiten,** von A. Neisser und Ed. Jacobi. (Wien 1907, Urban & Schwarzenberg. 76 S.)

Das zweite Heft dieser Sammlung enthält wieder eine große Reihe von seltenen und nicht genau erforschten Krankheitsbildern in einer glänzenden, farbigen Reproduktion. Der Text dazu ist kurz, aber genügend. Ehrmann berichtet über einen Fall von Lichen, Eczema scrophulosorum et Lichen atrophicans in scrophulosocum depigmentatione, Heuck beschreibt eine Acrodermatitis atrophicans mit sclerodermieartigen Veränderungen und Jacquet einen Fall von unaufgeklärtem enormen Ödem der rechten oberen Extremität. Klingmüller beobachtete einen Fall von Lues verrucosa und Jododerma, Pospélow einen Tumor cutis keratoangiomatosus am linken Fuß, Willy Schmidt einen Fall von Urticaria perstans simplex und Thibierge ein xanthelasmoides capillares Lymphangiom an der unteren Extremität. Der schließlich von Zumbusch zur Diagnose gestellte Fall betraf wahrscheinlich ein syphilitisches Exanthem.

J.

3) **Die Behandlung des Furunkels und die Verhütung der Furunkulose mittels Jodofan,** von Gerstle. (Med. Klinik. 1907. Nr. 9.)

Verf. hat die Inzisionswunde von Furunkeln mit Jodofanpulver und -gaze behandelt. Das Präparat ist geruchslos, ungiftig, reizlos, energisch desinfizierend und regt eine lebhafte Granulationsbildung an. Zur Verhütung weiterer Furunkelbildung in der Umgebung wurde diese mit einer indifferenten Flüssigkeit befeuchtet und mit Jodofan bestreut. In allen 28 Fällen trat niemals ein Fortschreiten der Furunkelbildung ein.

F. Biberstein-Gleiwitz.

4) **Hautkrankheiten und Sexualität,** von Max Markuse. (Wien 1907, Urban & Schwarzenberg.)

Als Inhaltsüberblick der genannten Arbeit seien hier die Schlußworte teilweise wiedergegeben: Wir haben gesehen, daß die physiologischen und pathologischen Vorgänge in der weiblichen Genitalsphäre eine viel größere Bedeutung für die Beschaffenheit der Haut haben, als diejenigen im männlichen Geschlechtsapparat. Indessen ist auch zu bedenken, daß das Geschlechtsleben beim Weibe in sehr viel sinnfälligeren Symptomen sich abspielt und seine etwaigen Beziehungen zu irgend welchen Krankheiten viel mehr in die Augen fallen als beim Manne. Welcher Art nun diese Beziehungen überhaupt sind, ist in der großen Mehrzahl der Fälle unerklärlich. Die Möglichkeiten für die Art und Weise der vorhandenen Wechselwirkung zwischen Hautanomalie und sexuellem Ereignis können dreifache sein: Entweder die Hautveränderungen sind das primäre Leiden, oder Dermatose und sexueller Vorgang sind gemeinsame Folgen einer dritten Ursache. Die dritte Möglichkeit wird bei weitem am häufigsten zutreffen: Die Dermatose ist die direkte oder indirekte Folge der betreffenden sexuellen Erscheinung; für diese Kategorie wären wohl die vikariierenden menstruellen Dermatosen ein typisches Paradigma. Selbstverständlich ist diese Gruppierung auch brauchbar angesichts derjenigen Fälle, in denen eine Hautaffektion mit dem in Erscheinung tretenden Phänomen nicht entsteht, oder verschlimmert wird, sondern sich bessert, oder abheilt. Denn man wird dann die Hautveränderung nicht so sehr mit dem eingetretenen sexuellen Symptom, sondern mit dem vor oder nach letzterem nicht vorhanden gewesenen in Beziehung bringen; z. B. wenn eine Gravidität ein Ekzem zum Schwinden bringt, eine Ursache in dem Nichtgravidesein zu suchen haben usw. Solger-Rostock.

5) **Über die Verhornung der Epidermis beim menschlichen Embryo,** von Axel Cedercreutz. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. LXXXIV. 1907. S. 173. Neisser-Festschrift.)

Zur Frage, an welchem Zeitpunkt die Verhornung der embryonalen Epidermis beginnt, hat Verf. Untersuchungen an frisch aufbewahrten menschlichen Föten verschiedenen Alters mittelst der Zilliacusschen Epitheldifferenzierungsmethode gemacht. Die Verhornung vollzieht sich beim menschlichen Embryo in der Weise, daß die zuerst angelegten Teile (Rumpf und Kopf) zuerst verhornen. Die später angelegten Teile (Extremitäten, Ohrläppchen) verhornen später. Besonders rege ist der Verhornungsprozeß an den Stellen, wo sich, durch Epithelpfropfbildung, die Orificien des Körpers (Nase, Mund) ausbilden. Die Verhornung des Rumpfes und des Kopfes hat schon im 2. Fötalmonat begonnen; im 3. Monat ist schon die ganze Körperdecke in Verhornung begriffen. V. Lion-Mannheim.

6) **Über Methylenblau,** von Franz Nagelschmidt. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. LXXXIV. 1907. S. 445. Neisser-Festschrift.)

Das Methylenblau wirkt austrocknend und sekretionsbeschränkend auf Wunden, Geschwüren und Schleimhäuten. Im Gewebe wirkt es, im Gegensatz zum Versuch in vitro, antibakteriell und schützt das Gewebe vor weiterem Verfall. Bei Ulcus molle ist seine Wirkung geradezu spezifisch; es verhindert das Weiterschreiten des Prozesses, hebt die subjektiven Beschwerden auf und führt zur schnellen Reinigung der Geschwüre. Doch muß man, wie alles Virus zerstört ist (meist am 5.—9. Tage), mit granulationsanregenden und epithelisierenden Mitteln weiter behandeln. Bei Ulcus mixtum beseitigt es die Ducreyschen Bazillen, bringt aber nicht immer das Geschwür zur Reinigung. Oft ist daraus bei zweifelhaftem Ulcus die Diagnose zu stellen. Bei frischen

infizierten oder gangränösen, stark secernierenden Geschwüren ist das Methylenblau ebenfalls zur Reinigung und Austrocknung indiziert, nicht aber bei chronischen, schlecht granulierenden Geschwüren, insbesondere nicht bei den unter schlechten Cirkulationsverhältnissen stehenden Unterschenkelgeschwüren. Endlich ist es indiziert bei frischen Verletzunzen, aseptischen Wunden und Operationen zur Erzielung einer prima intentio, besonders in einem schwer desinfizierbaren Gebiet (Mundhöhle, Genitalgegend; Unfallverletzungen). Bei Gonorrhoe ist es anzuwenden bei starken subjektiven Beschwerden oder reichlichem Ausfluß. Dreimal täglich 5—10 $^0/_0$ige Lösung neben der üblichen Behandlung. Bei chronischen Fällen welkt es ebenfalls stark sekretionsbeschränkend und reizmildernd. Dysurie trat dabei nie ein, im Gegenteil wurden Sphinkterkrampf, Strangurie durch Methylenblauguyons sofort gebessert.

V. Lion-Mannheim.

7) **Erfahrungen über Karbolsäure bei Hautkrankheiten,** von Rudolf Krösing. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. LXXXIV. 1907. S. 353. Neisser-Festschrift.)

Verf. hat die Karbolsäure (Acid. carbol. spirituliquefactum) zur Behandlung von hauptsächlich kleinen, ganz jungen Furunkeln in konzentrierter Lösung, sowie von flächenhaften Erkrankungen (Sykosis vulgaris, Sykosis trichophytica) in 20—50 $^0/_0$iger Lösung angewandt und empfiehlt sie als recht verläßliches und ganz ungefährliches Heilmittel. Bei Impetigo contagiosa des Gesichts, sowie bei Aknepusteln im Gesicht ist die Anwendung, wegen der nachbleibenden Rötung und Pigmentierung zu meiden.

V. Lion-Mannheim.

8) **Über mechanisch erzeugte Alopecie (Trichotillomanie Hallopeaus),** von M. Wolters. (Med. Klinik. 1907. Nr. 23 u. 24.)

Zwei Gruppen mechanisch erzeugter Alopecie sind nach Brocq zu unterscheiden; in der einen wendet sich die Handlung gegen das Haar, es wird ausgerissen, in der anderen gegen die Haut, die nach voraufgegangenem Pruritus gerieben wird, wobei ihr Haar mit entfernt wird und zwar nicht durch Ausreißen, sondern durch Abschleifen. Zu der ersten Gruppe zählt jene Manie, die die Patienten dazu treibt, sich die Haare des Kopfes und Körpers auszureißen und die von Hallopeau Trichotillomanie benannt wurde. Nach diesem Autor ist die Erkrankung charakterisiert durch intensiven Pruritus an den behaarten Körperstellen und einen wirklichen Wahnsinn, der die Kranken dazu treibt, nicht nur sich zu kratzen, sondern auch die Haare auszureißen und zu zerstören. Nach Mitteilung der Krankengeschichten der bisher bekannt gewordenen 11 Fälle von Hallopeau, Féré, Raymond, Dubreulh et Magne, Cruchet, Yvernogeau und sechs eigener Beobachtungen schließt sich der Verf. nur der Auffassung Hallopeaus an, daß es sich um einen Pruritus handle, tritt aber der Annahme eines tatsächlichen Wahnsinns als charakteristischen Merkmals der Erkrankung auf Grund der bisherigen Beobachtungen entgegen. Nach diesen erwies sich auch der Pruritus als eine inkonstante Erscheinung, denn auch beim Fehlen des auslösenden Reizes wurde das Haarausreißen geübt, nachdem es einmal zur Gewohnheit und automatischen Handlung geworden war. Der Grund ist in einer krankhaften Willensschwäche zu suchen. Jedenfalls ergibt das Studium der angeführten Fälle, daß die Mehrzahl der Patienten an nervösen Störungen aber nicht derselben Art litt, demnach die Ursache für die Trichotillomanie keine einheitliche und die letztere selbst nicht als selbständiges Krankheitsbild anzusehen ist, vielmehr nur ein Symptom der verschiedensten nervösen

Störungen bildet. Die durch die Krankheit hervorgerufene Alopecie ist indessen als ein vollberechtigtes, bisher in der deutschen Literatur fehlendes Krankheitsbild zu betrachten. F. Biberstein-Gleiwitz.

9) **Eine neue Methode der Entfernung ausgedehnter Tätowierungen,** von Wederhake. (Med. Klinik. 1907. Nr. 23.)

Unter Lokalanästhesie legt Verf. durch einen Hautschnitt das Unterhautzellengewebe frei. Nach Abpräparierung der tätowierten Hautlappen werden die groben Farbpartikel abgetragen, darauf die Hautlappen umgeklappt, mittelst Nadeln auf einem sterilen Brett befestigt und die Farbdepots von derjenigen Seite der Haut, die dem Unterhautzellgewebe zugekehrt ist, nach der Epithelseite hin ausgestanzt. Die Hautlappen werden darauf wieder dem Unterhautzellgewebe angelegt und ihre Schnittränder mit feinstem Silberdraht vernäht. F. Biberstein-Gleiwitz.

10) **Zur Kasuistik der kolloiden Degeneration der Haut im Granulations- und Narbengewebe (Juliusberg),** von Ignaz Saudek. (Wiener klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 15.)

Beide Fälle betreffen ältere Frauen, welche auf der Wange ein Epitheliom bzw. ein Sarkom aufweisen und in der Umgebung dieses Tumors scharf umgrenzte Papillarkörper und das obere Corium ergreifende Herde. Die mikroskopische Untersuchung ergab, daß es sich um degenerative Veränderungen des elastischen Gewebes in der unmittelbaren Nähe der malignen Tumoren handelte. Das elastische Gewebe bildete dichte Knäuel, welche nur noch in der Peripherie einzelne Fasern erkennen ließen, während das Centrum nicht mehr in Bestandteile zu sondern war. Bei der Zerlegung des einen Präparates fand Verf., daß die Zapfen des Epitheliums in die elastischen Massen eingedrungen waren, Inseln darin abschnürten, die immer kleiner wurden, bis schließlich nur vereinzelte Fasern zurückblieben. Der Krebs wurde also in seinem Wachstum durch diese elastische Knäuel nicht gehindert. Ähnliche Befunde hatte Juliusberg auf Narben nach Syphiliden und Lupus beschrieben. Beide Fälle des Verf.'s wurden chirurgisch behandelt. J.

Entzündliche Dermatosen.

11) **Ein Fall von impetigoartiger Hautkrankheit beim Menschen, verursacht durch Demodex follicularis canis,** von Felix Lewandowsky. (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 20.)

Bei einem Arbeiter bestand in der Gegend des Mundwinkels eine Affektion, deren klinische Diagnose auf Impetigo oder parasitäres Ekzem lautete. Die mikroskopische Untersuchung aber ergab die Anwesenheit tierischer Parasiten aus der Demodexgruppe und zwar handelte es sich um die gewöhnlich beim Hunde vorkommende Varietät. Die Ansteckungsquelle ließ sich nicht ermitteln; doch ist bei der durch die ärmlichen Verhältnisse des Pat. bedingten unhygienischen Lebenweise und Unsauberkeit eine Infektion durch Tiere wohl nicht auszuschließen. Die Übertragung des Demodex vom Hund auf den Menschen ist jedenfalls sehr selten. Schourp-Danzig.

12) **Über Leucoderma psoriaticum,** von Reinhold Ledermann. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. LXXXIV. 1907. S. 359. Neisser-Festschrift.)

Der Stand unserer Kenntnisse von dem Leucoderma psoriaticum läßt sich in folgenden Sätzen zusammenfassen: Der histologische Befund der Leucoderma psoriaticum ist identisch mit dem des Leucoderma syphilitikum. Das

Leucoderma psoriaticum entsteht sowohl ohne vorangegangene Behandlung, als auch bei interner oder subkutaner Arsendarreichung, als auch nach Anwendung äußerer Mittel (Pyrogallol, Chrysarobin, Salicyl u. a.). Es entwickelt sich entweder in der Weise, daß die nach Abfall der Schuppen hinterbleibenden roten Plaques sich allmählich entfärben, oder daß, wie beim syphilitischen Leukoderm zunächst um die Efflorescenz herum ein leukodermatischer Hof entsteht. Hyperpigmentierung am Rande kann vorhanden sein oder auch vollständig fehlen. Die Dauer der Leucoderma psoriaticum ist verschieden lang (bis $1^1/_2$ und 2 Jahre); durch Behandlung wird es nicht sichtbar beeinflußt. Differentialdiagnostische Schwierigkeiten zwischen Leucoderma syphiliticum und psoriaticum können nur ausnahmsweise auftreten (Sitz bei Lues meist am Nacken, bei Psoriasis auch am Rücken, Brust, Stirn), unüberwindlich können sie sein, wenn Lues und Psoriasis gleichzeitig vorhanden sind. Wir verdanken die Feststellung und Bewertung des Leucoderma psoriaticum als eines wichtigen Merkmales in dem Symptomenkomplexe der Psoriasis Rille, dessen Beobachtungen durch die Arbeiten Neisserschen Schüler bestätigt wurden, die mit dazu beitrugen, dieser wenig beachteten, aber doch eine größere Beachtung werten Erscheinung die gebührende Anerkennung zu verschaffen.

V. Lion-Mannheim.

13) **Beiträge zur Ätiologie der Impetigo contagiosa,** von E. Bender. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. LXXXIV. 1907. S. 59. Neisser-Festschrift.)

Verf. hat an 12 Fällen typischer Impetigo contagiosa bakteriologische Untersuchungen angestellt, die zwar die Frage nach der Ätiologie dieser Krankheit noch nicht lösen konnten, wohl aber folgende zu ihrer Klärung dienenden Tatsachen ergaben: Die banalen Staphylokokken sind sicher nicht die Erreger der Impetigo contagiosa. Vielmehr sind Streptokokken mit größter Wahrscheinlichkeit als die Erreger anzusehen. Es ist nicht angängig, ihre Anwesenheit einfach als unwesentlich zu ignorieren. Die von Unna zuerst beschiebenen Impetigokokken sind nicht banale Staphylokokken. Ihre Beziehungen zu diesen sind nicht näherer Art als zu den Streptokokken.

V. Lion-Mannheim.

14) **Über einen Fall von akutem Ekzem nach Gebrauch des Haarwassers „Javol“,** von Max Joseph. (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 18.)

Unter Hinweis auf die in d. Centralbl. 1904, S. 64 und 1906, S. 192 veröffentlichten Fälle von Dermatitiden nach Javolgebrauch warnt der Verf. vor diesem Geheimmittel, von dessen günstigem Einfluß auf den Haarboden in der Literatur niemals etwas berichtet worden ist.

Schourp-Danzig.

Progressive Ernährungsstörungen der Haut.

15) **Über Lupus pernio,** von Viktor Klingmüller. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. LXXXIV. 1907. S. 323. Neisser-Festschrift.)

An Hand dreier in der Breslauer Klinik beobachteter Fälle von Lupus pernio erörtert Verf. die Frage nach der Ätiologie dieser Krankheit. Er vermag dieselbe nicht für eine echte Hauttuberkulose zu halten. Nach seinen Beobachtungen reagieren typische und reine Fälle nicht auf Tuberkulin. Verf. will vielmehr mit Kreibich den Lupus pernio als typisches Krankheitsbild den übrigen Formen der bewiesenen oder vermuteten Hauttuberkulosen anreihen.

V. Lion-Mannheim.

16) **Über das Pseudoxanthoma elasticum (Elastom der Haut),** von Fritz

Juliusberg. (Archiv. f. Dermatologie u. Syphilis. LXXXII. 1907. S. 301. Neisser-Festschrift.)

Im Verfolg seiner Studien über die Veränderungen des elastischen Gewebes untersuchte Verf. zwei bei einer 86jährigen Frau zufällig entdeckte, intensiv gelb gefärbte, derbe, prominente scharf abgrenzbare Knötchen am Halse. Die mikroskopische Untersuchung ließ an eine echte Tumorbildung denken, deren Substrat elastische Fasern sind. Degenerative Vorgänge waren nur in spärlichem Grade an der Randzone zu finden. Für die Auffassung der Gebilde als echte Neubildung spricht das scharf umschriebene der durchaus einheitlich angelegten krankhaften Veränderungen, deren einzelne Elemente dem elastischen Elemente verwandte, aber hinsichtlich ihrer Struktur eine Sonderstellung einnehmende Gewebsteile darstellen; die funktionelle Wertlosigkeit des veränderten Gewebes; das Fehlen der strukturellen Altersdegeneration innerhalb der erkrankten Partien. Die Tumoren stellen sich pathologisch-anatomisch als Elastome dar und sind identisch mit dem, was als Pseudoxanthoma elasticum beschrieben ist. Das Gewebe derselben weist in vieler Hinsicht, speziell in wichtigen färberischen Reaktionen eine weitgehende Verwandtschaft mit dem normalen elastischen Gewebe auf, zeigt aber in anderer Hinsicht, besonders in seiner Struktur eine gewisse Selbständigkeit gegen das umgebende, normale Gewebe.

V. Lion-Mannheim.

17) **Syringocystom,** by Ch. J. Wite. (Journ. of Cutan. and Genito-Urin. Diseases. 1907. Februar.)

Die Erkrankung war im 10. Jahre aufgetreten, bestand 10 Jahre. Auf der Vorderseite des Halses und der Achselfalten saßen stecknadelkopf- bis erbsengroße Knötchen, die durch Verschmelzung ihre sonst runde Form und Größe veränderten. Bei jeweiligem Aufenthalte in trockenem Höhenklima vermehrte sich die Anzahl derselben. Ihre Farbe war blaßgelb bis gelb, die Oberfläche glatt. An Stelle der Knötchen bestand Hypoidrosis. Nach Besprechung der Differentialdiagnose bringt Verf. den histologischen Befund, nachdem weder ein Zusammensammenhang der im Korium befindlichen epithelialen Cysten oder epithelialen Zellenmassen mit der Epidermis, noch mit Horn- oder Schweißdrüsen, noch auch mit Gefäßwänden zu konstatieren ist. Verf. erblickt in diesen Cysten und Zellen eine hypertrophische und hyperplastische Neubildung früher vorhandener Schweißdrüsenausführungsgänge und bringt damit die Hypoidrosis und die Verschlimmerung unter Höhenklima (durch Atrophie der Ausführungsgänge) in Zusammenhang. Verf. bringt seinen Fall unter die Rubrik der von Jacquet, Darier, Török, Neumann und Firun beschriebenen Fälle und scheidet die von anderen Autoren erwähnten Fälle als pathologisch verschieden aus. Der Arbeit liegt eine Photographie und sechs Mikrophotogramme bei.

Oulmann-New-York.

18) **Zur Kenntnis des Molluscum contagiosum,** von B. Lipschütz. (Wiener klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 9.)

Im Inhalt oder in der ganzen Efflorescenz des Molluscum contagiosum fand Verf. mehr oder minder runde, de facto kuglige, homogen gefärbte Gebilde, die keinerlei Fortsätze oder Geißeln aufwiesen. Die Zahl der meist einzeln gelegenen Mikroorganismen von kleinster Größe war in gut gefärbten Präparaten äußerst reichlich. An einzelnen Stellen lagen zwei dieser Gebilde dicht nebeneinander nach Art eines Diplokokkus, selten waren ihrer drei reihenförmig angeordnet. Tinktoriell kennzeichnen sich die beschriebenen Elemente dadurch, daß sie bei gewöhnlicher Färbung nur spärlich, undeutlich oder

gar nicht sichtbar werden, vortrefflich aber hervortreten bei den für die Darstellung von Geißeln verwendeten Methoden: Geißelfärbungsmethode nach Löffler, zweistündiges Färben in verdünnter Giemsa-Lösung, am schnellsten aber nach dem von Benignetti und Gino empfohlenen Verfahren: alkoholische Gentianaviolettlösung mit Zusatz beizender Substanzen: Tannin, Alaun und Zinksulfat. Die kleinen Elemente sind bei dem ersten Verfahren deutlich bis leuchtend rot, bei dem zweiten rosarot, bei dem letzten bläulichviolett gefärbt. Bei genauer Untersuchung und hellster Beleuchtung erschienen dieselben Elemente auch im nativen Präparat, waren aber nie beweglich. Kontrollversuche an Vakzinen, Condylomen, Karzinomen fielen stets negativ aus. J.

19) **Epithelioma in carbon workers,** by A. W. Lueke. (Cleveland med. Journ. 1907. Mai.)

Unter den Arbeitern großer Kohlenwerke fand Verf. am Gesicht und Scrotum eine Neubildung, welche mit trockener, entzündeter, rauher Haut begann, dann in Schwellung, nässendes Exanthem, Krusten, Schuppen und akneartige Eruption an den Haarfollikeln überging und schließlich Tumoren und Ulcerationen, sowie besonders warzenartige Knötchen zeigte, in denen sich unter dem Mikroskop epitheliomatöse Perlen erkennen ließen, während ein dunkles Sekret ausgeschieden werde. Jedenfalls wurde die Erkrankung durch die Teere, Paraffine oder ölige Substanzen hervorgerufen, welche an den Händen und Handschuhen der Arbeiter hafteten und mit denen diese unbelehrt über die Schädlichkeit das Gesicht und beim Urinieren das Skrotum berührten. Diese Neubildungen, welche nur selten einen malignen Charakter annahmen und erst bei längerem Bestehen die Drüsen in Mitleidenschaft zogen, breiteten sich hingegen über weitere Flächen und auch in tiefere Gewebe aus. Die Behandlung bestand in radikaler Operation des Geschwüres, sowie der infizierten Drüsen und zeitigte fast immer eine völlige Heilung. Prophylaktisch warne man die Arbeiter vor der Berührung bloßer Hautstellen während der Arbeit und weise sie an, sich nach der Arbeit gründlich zu reinigen. J.

20) **Über die Operation des Lippenkrebses nebst totaler Evakuation der regionären Drüsengebilde,** von Hällström. (Helsingfors 1907.)

Bei dem großen Interesse, welches die Röntgenbehandlung der Karzinome gefunden hat, wird es interessieren, wie sich die Prognose nach chirurgischer Therapie gestaltet. Nach des Verf.'s eingehenden Untersuchungen ist die Prognose bei der Operation des Lippenkrebses auf 79,4% absolute Heilungen zu beziffern. J.

Regressive Ernährungsstörungen der Haut.

21) **Über Lupus erythematodes im Kindesalter,** von Galewsky. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. LXXXIV. 1907. S. 193. Neisser-Festschrift.)

Die Beobachtung eines typischen Lupus erythematodes bei einem $11^1/_2$jährigen Mädchen gibt Verf. die Veranlassung, sich mit dem Vorkommen des Lupus erythematodes im Kindesalter näher zu beschäftigen. In der Literatur finden sich im Alter von 2—10 Jahren 17 Fälle, vom 10. bis 16. Jahre 24 Fälle. Meist handelt es sich um leichte, oberflächliche Fälle. Interessant ist die Tatsache, daß das weibliche Geschlecht bei weitem überwiegt, (unter 36 Fällen mit genauerer Angabe 25 Mädchen und nur 13 Knaben). Über die Ätiologie, den Zusammenhang mit Tuberkulose konnten die Untersuchungen keinen weiteren Aufschluß geben. Die Annahme, daß

Störungen im Geschlechtsleben bei der Pubertät eine Ursache abgäben, entfällt beim Vorkommen der Affektion bei Mädchen im ersten Kindesalter. Verf. hält mit Jadassohn den Lupus erythematodes für eine chronische Infektionskrankheit und rechnet ihn den infektiösen Granulationsgeschwülsten zu.

V. Lion-Mannheim.

22) **Les opinions d'aujourd'hui sur la nature du lupus érythémateux,** par Civatte. (Annales de dermatologie. 1907. Nr. 4.)

Die Redaktion der Annales de dermatologie beabsichtigt von jetzt ab von einzelnen vielumstrittenen Fragen der Dermatologie und Syphiligraphie dadurch eine Gesamtübersicht zu geben, daß die einzelnen besonders kompetenten Autoren aller Länder um ihre Meinung angegangen werden, welche dann in den Annales publiziert wird. Es ist also eine Art internationale Konsultation. Die vorliegende Frage, die an die einzelnen Autoren gestellt wurde, ist: Wie denken Sie über die Natur (d. i. tuberkulöse Natur) des Lupus erythematodes? Seitdem Besnier 1881 den Lupus erythematodes für eine tuberkulöse Affektion ansprach, hat diese Frage die Dermatologen in zwei Lager gespalten. Bei Beantwortung der Anfrage des Verf.'s halten den Lupus erythematodes für tuberkulös folgende Dermatologen: Ehrmann, Herxheimer, Lang, Rona, Pringle, Stelwagon, Ehlers, Rasch, Bodin, Bonnet, Hallopeau, Nicolas, Thibierge, Bertarelli, Ducrey, Boeck. Der gegenteiligen Ansicht sind: Doutrelepont, Finger, Hartung, Jadassohn, Joseph, Juliusberg, Lassar, Merck, Pick, Riehl, Rosenthal, Török, Unna, Veiel, Bowin, Radcliffe, Crocker, Galloway, Hartzell, James Nevin Hyde, Jacquet, Veiel, Amicis, Breda, Mibelli, Krefting. Endlich kommen die Autoren, welche zugeben, daß gewisse Formen vom Lupus erythematodes tuberkulöser Natur sein können: Neisser, Fordyce, Mac Leod, Audry, Brocq, Gaucher, Mendes da Costa. An vierter Stelle sind mehrere Dermatologen, welche sich nicht bestimmt in dieser Frage aussprechen wollen: Lesser, Touton, Allan Jamieson, Bricht, Douglas W. Montyomery, Aubert, Balzer, Dubreuilh. Verf. bespricht dann die einzelnen Gruppen: Die Anhänger der tuberkulösen Natur des Lupus erythematodes stützen sich hauptsächlich auf folgende Gründe: Die Erkrankung befällt fast nur Tuberkulöse oder von Tuberkulösen abstammende Patienten; viele Patienten werden oft phthisisch oder zeigen bei der Autopsie tuberkulöse Herde. Die Tuberkulinreaktion ist oft positiv; das Gewebe zeigt histologisch oft tuberkulöse oder wenigstens tuberkuloide Struktur. Die Anhänger, welche die tuberkulöse Natur leugnen, führen an: Die Tuberkulinreaktion ist selten positiv, die Riesenzellen beweisen nichts, niemand konnte noch durch Verimpfung von Lupus erythematodes auf Tiere Tuberkulose erzeugen usw. Von der dritten Gruppe rechnet Neisser die akuten Formen von Lupus erythematodes zur Tuberkulose, Audry die chronischen, Gaucher nur die Fälle von Lupus erythematodes fixe, Mendes da Costa nur den Lupus pernio. Mac Leod und Brocq glauben, daß Lupus erythematodes verschiedene Ursachen hat; jeder Fall andere.

Raff-Augsburg.

23) **Pemphigus végétant bénin,** par Ferrand. (Annales de dermatologie. 1907. Nr. 4.)

Verf. beobachtete bei einem 22jährigen Mädchen einen Pemphigus vegetans (Neumann) an Rumpf und Extremitäten, sowie auf der Mundschleimhaut, der in 3 Monaten zur Heilung kam. Neumann selber hat an-

erkannt, daß es auch gutartige Fälle gibt. Doch ist natürlich nicht ausgeschlossen, daß ein neuerlicher Schub bei der Patientin ungünstig verläuft.

Raff-Augsburg.

Parasitäre Dermatosen.

24) **„Larva migrans", eine Gastrophiluslarve in der Haut eines Menschen in Dänemark. Mit Bemerkungen über andere Oestridenlarven in der Haut des Menschen in Dänemark**, von J. E. V. Boas. (Monatsh. f. prakt. Dermatologie. XLIV. Nr. 10.)

Bei einem 8jährigen Knaben ging von einer Excoriation an der Stirn eine lebhaft rote, erhabene, stark ausgebuchtete Linie aus, welche sich weiter über die Wange fortsetzte. Am Ende des Streifens wurde ein kaum 1 mm langes, am einen Ende dunkel gefärbtes, gegliedertes Körperchen gefunden, welches als Gastrophiluslarve festgestellt wurde. Der beschriebene Fall ist der erste, in welchem außerhalb Rußlands eine Gastrophiluslarve wissenschaftlich konstatiert wurde. Bei einem andern Knaben wurde eine andere Oestridenlarve, nämlich eine Hypodermalarve gefunden; der Patient litt in Zwischenräumen an Schmerzen, die stets auf derselben Körperseite auftraten. Nach wenigen Stunden verschwanden stets die Schmerzen und es bildete sich eine Intumescenz, welche durch eine kleine Öffnung etwas Eiter abgab. In der Öffnung einer solchen Intumescenz wurde der Schmarotzer entdeckt. Das Vorkommen von Hypodermalarven ist in Dänemark, wie im größten Teile Europas selten, im Gegensatz zu Norwegen, wo diese Larven häufig in der menschlichen Haut gefunden werden.

Schourp-Danzig.

25) **Zusatz zu dem Artikel über eine „Larva migrans" usw.**, von J. E. V. Boas. (Monatsh. f. prakt. Dermatologie. XLIV. Nr. 10.)

Außer dem Fall des Verf.'s sind noch drei dänische Fälle von Hypodermalarven beim Menschen beschrieben worden, welche sämtlich aus Jütland stammen. Die Tatsache ist insofern von Interesse, als Hypoderma bovis in Jütland häufiger vorkommt als auf den Dänischen Inseln und daher Menschen dort häufiger das Objekt einer gelegentlichen Infektion mit Hypodermalarven sind.

Schourp-Danzig.

26) **Eine besondere Form der Trichophytie als Folgeerscheinung des permanenten Bades**, von E. Jacobi. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. LXXXIV. 1907. S. 289. Neisser-Festschrift.)

Verf. studierte bei den im genannten Bade behandelten Patienten der Freiburger psychiatrischen Klinik die von Kräpelin früher beschriebene Badetrichophytie, die anscheinend bei jedem längere Zeit in Betrieb stehenden Dauerbad zur Entwicklung gelangt. Sie wird durch Keime hervorgerufen, die normaliter in dem sonst übrigens außerordentlich reinem Badewasser vorkommen und die erst auf der durch das genannte Bad in ganz außerordentlichem Grade macerierten Epidermis, speziell derjenigen kachektischer Individuen die zum Wachstum und zur Vermehrung nötigen Bedingungen finden und damit auch eine gewisse, sehr schwache Virulenz; durch Austrocknen erlischt ihre ohnehin geringe Virulenz völlig. Versuche, die Erkrankung aus dem genannten Bad herauszubringen, waren vergeblich. Auch eine Therapie der schweren, oft fast die ganze Körperoberfläche einnehmenden Fälle ist nicht möglich, da es bei dem schweren Allgemeinzustand der Kranken meist nicht angängig ist, sie auf längere Zeit aus dem Bad zu entfernen.

V. Lion-Mannheim.

27) **Nouvelles recherches sur les microsporums. Troisième mémoire; le mycélium intrapilaire des microporums,** par Sabouraud. (Annales de dermatologie. 1907. Nr. 3.)

Im ersten Teile seiner Arbeit beschäftigt sich Verf. mit dem Eindringen des Mikrosporums in das Haar selbst. Diese Inversion geschieht von vielen Punkten des Haares regelmäßig dadurch, daß die Mycelien die Cuticula des Haares aufheben und unter ihr eindringen. Dieses Eindringen geht besonders leicht dadurch, daß die Zellen der Cuticula umgekehrt dachziegelförmig angeordnet sind. Sobald die Mycelien im Innern sind, lassen sie sich nicht mehr färben, sie teilen sich in Septa. Der protoplasmatische Inhalt ist ein dünner Faden von einer dicken Zelllage bedeckt. Die weiteren Schicksale der Mycelien im Haare mußte Verf. am Kaninchen studieren, da das Studium am Menschenhaar wegen des Pigmentgehaltes der Haare und wegen der Unmöglichkeit der Färbbarkeit der Mycelien nicht ausgeführt werden kann. Verf. fand die Pilzfäden alle in absteigender Richtung, sie vermehren sich gegen die Tiefe zu. Am Bulbus des Haares sind die Mycelien wieder färbbar, und zwar deshalb, weil das Haar gewöhnlich abgebrochen ist und durch die Frakturstelle die Farbe eindringen kann. Das Mycelium endigt dann in der Wurzel des Haares in dem sog. Adamsonschen Barte; d. i. entweder ein Bündel von Fäden, welches das ganze Haar ausfüllt oder eine dünne Schicht von kleinen Wurzeln unter der Cuticula. Raff-Augsburg.

Gonorrhoe und deren Komplikationen.

28) **Über antiperistaltische Bewegung der Vas deferens und die Behandlung der akuten gonorrhoischen Urethritis,** von C. Schindler. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. LXXXV. 1907. Neisser-Festschrift.)

Verf. widerspricht der Ansicht von Oppenheim und Löw, daß durch Guyoninstillationen mittels antiperistaltischer Bewegungen des Vas deferens Nebenhodenentzündungen entstehen könnten, weil solche nur durch Reizung des entzündlichen Colliculus seminalis ausgelöst würden, während bei richtiger Technik der Instillationen das Instrument nicht bis zum Samenhügel vorgeschoben werden dürfte. Verf. hält auch vorsichtige, nicht zu heiße Janet-Spülungen mit Hydrargyrum oxycyanatum (1:5000) und Argentum nitricum 1:6000 oder etwas stärker nicht für schädlich. Massage riet er nur dann anzuwenden, wenn Gonokokken in der Prostata vorhanden seien, andernfalls beschränkt er sich auf eine einfache Expression nach mehrtägiger Pause und zwar nur dann wenn die Blase mit Desinficientien gefüllt ist. Aus dem Material der Klinik ergibt sich, daß man die Behandlung nicht aufschieben soll, auch wenn Reizerscheinungen vorhanden sind, daß die Konzentration der Spülflüssigkeit nicht zu niedrig genommen werden darf und daß die Posterior alsbald mittels Guyoninstillation in gehöriger Stärke angegriffen werden soll. Ein Suspensorium ist jedem Kranken anzulegen. Auch das Material von der Privatpraxis von Herrn Geheimrat Neisser gab das gleiche Resultat, daß bei genügender Vorsicht und Kenntnis der Methode Nebenhodenentzündungen nicht entstehen. Löwenhein-Liegnitz.

29) **Über Erfahrungen mit der antiseptischen Gonorrhoetherapie in der Praxis,** von Paul Neisser. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. LXXXV. 1907. S. 453. Neisser-Festschrift.)

Verf. beginnt sofort nach Feststellung der Diagnose mit Injektionen von

Argentum nitricum, Argonin und Protargol in steigender Konzentration. Die Posterior behandelt er mit Instillationen, die Prostatitis mittels Massage. Inneren Mitteln billigt er geringen Wert zu, der Dilatation und Endoskopie nur bei der Behandlung postgonorrhoischer Affektionen. Während Verf. keins der üblichen Mittel besonders bevorzugen zu meinen glaubt, hält er bei Mißerfolgen den Wechsel des Medikamentes für empfehlenswert, sowie den gleichzeitigen Gebrauch zweier Lösungen (Argentum nitricum und Ichthyol). Die sofortige Einleitung der antiseptischen Behandlung hält er für ausschlaggebend zur Vermeidung von Komplikationen. Löwenheim-Liegnitz.

30) **Über Exacerbation latenter Gonorrhoe nach der Entbindung,** von Bruno Löwenheim. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. LXXXIV. 1907. S. 407. Neisser-Festschrift.)

Verf. hat in einer Anzahl von Fällen beobachtet, daß Männer längere Zeit, ohne angesteckt zu werden, mit ihren Frauen verkehren, die erst nach erfolgtem Partus ihre anscheinend latente Gonorrhoe auf ihre Gatten übertrugen. Er schließt hieraus, daß die Infektiosität von Frauen dem untersuchenden Arzt in gewissen Fällen geradezu mit Sicherheit entgehen muß, wenn bisweilen ein so starkes Trauma wie eine Geburt notwendig ist, um vorhandene Gonokokken auffindbar zu machen. Autoreferat.

31) **Zur Abortivbehandlung der Gonorrhoe,** von Viktor Lion. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. LXXXIV. S. 387. 1907. Neisser-Festschrift.)

Verf. empfiehlt die Abortivkur angelegentlichst, indem er sowohl die große Zahl der Erfolge als auch die Unschädlichkeit des Verfahrens hervorhebt. Nur selten entstehen Komplikationen wie Epididymitis, die sich aber ebenso wie die häufig langdauernden Katarrhe dadurch vermeiden lassen, daß man anstatt der Injektion einer 4 %igen Protargollösung eine Janetschen Spülung mit $^3/_4$ %iger Protargollösung verwendet. Löwenheim-Liegnitz.

32) **Über eine Verbesserung der internen Gonorrhoetherapie,** von Chakarian. (Médicine orientale. 1907. Nr. 3.)

Verf. ist mit den Erfolgen, die er durch Santyl zugleich mit lokalen Injektionen erzielte, bei der Gonorrhoe sehr zufrieden. J.

Syphilis.

33) **Über Neuinfektion Hereditärsyphilitischer und über Reinfektion im allgemeinen,** von Carl Stern. (Dermatolog. Zeitschrift. 1907. April.)

Verf. beschreibt die Krankengeschichte eines 28jährigen Mannes, der, sei es hereditär belastet, sei es frühzeitig infiziert, an Syphilis tertiaria litt, und nun während des Bestehens von Tertiärerscheinungen von einer neuen Infektion betroffen wurde. Zum Beweis, daß das Ulcus, welches der Patient am Penis hatte, ein Primäraffekt war, führt Verf. die Tatsache an, daß in dem Reizserum des Ulcus am Penis typische Spirochaetae pallidae in reichlicher Anzahl nachgewiesen werden konnten. Des weiteren bespricht Verf. die Literatur über Reinfektion. Immerwahr-Berlin.

34) **Gelungene Übertragung der Syphilis auf Hunde,** von Erich Hoffmann u. Walter Brüning. (Deutsche med. Wochenschr. 1907. Nr. 14.)

Bei 2 Hunden wurden steril entnommene, gequetschte Stückchen eines menschlichen Primäraffektes in die vordere Kammer des Auges gebracht. Es entstand eine starke Reaktion nach deren Abklingen eine vom Limbus beginnende und nach dem Centrum fortschreitende Keratitis auftrat. Die In-

kubationszeit betrug in dem einen Falle 16, im andern 21 Tage. Der typische klinische Befund und Verlauf und der Befund der Spirochäte pallida beweisen die syphilitische Natur der Erkrankung. Schourp-Danzig.

35) **Des chancres syphilitiques non suivis d'accidents secondaires**, par Oltramare. (Annales de dermatologie. 1907. Nr. 4.)

Mit wenigen Ausnahmen galt für alle Syphilidologen ein Schanker bis zur Entdeckung der Spirochäte nur dann als sicher syphilitisch, wenn die Sekundärerscheinungen nachfolgten. Verf. hat nun einen Primäraffekt beobachtet, dessen Natur durch Komfrontation sicher gestellt wurde (1903 vor Entdeckung der Spirochäte) und dem während 5 Monaten keine Sekundärerscheinungen folgten. Mit Recht macht Verf. darauf aufmerksam, das wenn dieser Primäraffekt exzidiert worden wäre, man das Ausbleiben der Erscheinungen für einen Erfolg der Operation erklärt hätte; dasselbe wäre der Fall gewesen, wenn man eine Hg-kur eingeleitet hätte. Die Untersuchung auf Spirochäten wird in Zukunft die Diagnose solcher Fälle noch sicherer machen; die klinische Beobachtuug scheint aber schon zu ergeben, daß es Fälle gibt, in denen sekundäre Erscheinungen nur in Spuren da waren (Verf. zitiert auch solche) oder ganz fehlten und doch tertiäre und parasyphilitische Erkrankungen folgten. Raff-Augsburg.

36) **Impfsyphilis der Affen**, von J. Siegel. (Centralbl. f. Bakteriol. 1907.)

Verf. gelangt zu dem Schlusse, daß die Übertragungsmöglichkeit der Syphilis auf Kaninchen zuerst von ihm und Schulze bewiesen wurde und zwar durch Weiterimpfung auf Affen. Dieses Faktum wurde später durch Scherber und Neisser bestätigt. Ebenso sei zuerst von ihm nachgewiesen, daß mit den inneren Organen der mit Syphilis geimpften Affen weiter geimpft werden kann. Auch dies sei später von Neisser bestätigt. Subkutane Impfung könne ebenso wie kutane eine Infektion hervorrufen. Auch diese vielfach bekämpfte Tatsache sei neuerdings von Neisser bestätigt. Es gelinge bei cynomorphen Affen, besonders bei Pavianen sekundäre Hauterscheinungen zu erzielen, ebenso deutlich, wenn auch nicht in demselben Prozentsatze wie bei Schimpansen. Es kommen ferner bei cynomorphen Affen Erkrankungen innerer Organe vor, besonders der Leber, die vielleicht auf die Impfung zurückzuführen sind. J.

37) **L'arsenic dans la syphilis**, von P. Salmon. (Compt. rend. h. sé. Soc. Biol. 1907. Nr. 10.)

Von der bekannten Tatsache (vgl. d. Centralbl., S. 203) ausgehend, daß Atoxyl auf gewisse durch Trypanosomen und Spirochäten hervorgerufene Erkrankungen günstig wirkt, behandelte Verf. im Laboratorium von Prof. Metschnikoff eine Anzahl von Syphilitikern nur mit Injektionen dieses Medikaments. Einstweilen werden vier Krankengeschichten mitgeteilt (Fall mit frischer Roseola, Erkrankung seit 2 Monaten, seit 6 Monaten, Gumma). Dosierung: Zuerst Injektionen von 0,50, (3 Injektionen in 6 Tagen oder 4 Injektionen in 9 Tagen), einmal eine solche von 1 Gramm. Schon 3 Tage nach der ersten Injektion pflegt eine günstige Wirkung erkennbar zu sein. Weder allgemeine, noch lokale toxische Erscheinungen, an der Injektionsstelle weder Schmerz, noch Verhärtung der Abscedierung. Solger-Neiße.

38) **Atoxyl bei Syphilis**, von Lassar. (Berliner klinische Wochenschrift. 1907. Nr. 22.)

Verf. hat seine im Herbst vorigen Jahres begonnenen Versuche der Syphilisbehandlung mit Atoxyl fortgesetzt. Die Erscheinungen gingen bei

dreimal wöchentlicher Injektion von 0,5 in 10%iger steriler Lösung prompt zurück, einerlei, ob es sich um frische oder ältere Fälle handelte. Verf. sieht in dem hochdosierten Atoxyl ein weiteres, spezifisch wirkendes Mittel, das aber keineswegs indifferent ist. Ein Universalmittel scheint es ihm allerdings nicht zu sein. So war z. B. der Heilverlauf teilweise nur langsam, blieb einmal auch einstweilen aus. Ob es kupierend, durchgreifend, nachhaltig wirkt, läßt sich noch nicht sagen. Über das Schicksal der Spirochäten ließ sich auch noch nichts entscheiden. Dem Laienpuplikum gegenüber empfiehlt Verf. vorläufig noch Zurückhaltung. Sorgfältige Auswahl der Fälle in bezug auf Cirkulation, Nerven- und Verdauungssystem und der stete Hinblick auf die Eventualität unerwarteter und unliebsamer Zwischenfälle erscheint geboten.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

39) **Untersuchungen über die Wirkungen des Atoxyls auf die Syphilis,** von P. Uhlenhuth, E. Hoffmann und K. Roscher. (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 22.)

Die Atoxylinjektionen wurden in zehn Fällen mit einer 10%igen, in einem mit einer 15%igen, 2 Minuten bei 100° sterilisierten Lösung intramuskulär in die Glutaeen vorgenommen und teils täglich, teils mit ein- und zweitägigen Intervallen wiederholt. Die Wirkung war besonders auffallend bei drei Fällen von Syphilis ulcerosa praecox, wo der Rückgang der Infiltration des Geschwürsrandes, die Abflachung und die Vernarbung der Ulcerationen ebenso schnell erfolgten, wie bei der Kalomelbehandlung. Sehr gut war die Wirkung auch auf Primäraffekte; die Sklerosen überhäuteten sich verhältnismäßig schnell und die Induration verschwand. Jedenfalls geht aus der Arbeit der Verff. hervor, daß das Atoxyl in genügend großen Dosen auf luetische Krankheitserscheinungen eine unverkennbare Wirkung besitzt, daß sich aber über die Dauer der Heilung zurzeit nichts sagen läßt, ebensowenig wie über den Wert des Atoxyls an Stelle und neben den altbewährten Quecksilber- und Jodpräparaten und über die Art und Weise, in welcher die Syphilisspirochäten vom Atoxyl beeinflußt werden. Schourp-Danzig.

40) **Zur Syphilisbehandlung,** von Leopold Michaelis. (Med. Klinik. 1907. Nr. 21.)

Verf. wendet sich gegen die von M. v. Zeissl in der Med. Klinik, 1907, Nr. 15 zum Ausdruck gebrachten Ansicht, nach der die chronisch intermittierende Behandlung der Lues zu verwerfen, vielmehr nur bei wahrnehmbaren Symptomen zu behandeln sei. Er legt dar, daß eine rein symptomatische Behandlung weder bei den schweren, noch den leichten Fällen gerechtfertigt ist. Hinsichtlich des vorteilhaften Gebrauches von Mergal zur innerlichen Behandlung schließt sich Verf. v. Zeissls Ansicht an.

F. Biberstein-Gleiwitz.

41) **Wirksamkeit der Excision syphilitischer Primäraffekte,** von P. Wille. (Arch. f. Dermatol. u. Syphilis. LXXXV. 1907. S. 271. Neisser-Festschr.)

Verf. hat bei 57 Patienten Schanker excidiert, von denen 50 sichere Primäraffekte waren. 47 Kranke zeigten später syphilitische Erscheinungen, während drei davon verschont blieben, obwohl die mikroskopische Untersuchung sichere Primäraffekte ergab. Die Infektion lag 15, 14 und 8 Tage zurück, die Beobachtung der Kranken war zuverlässig. Löwenheim-Liegnitz.

42) **Ein Beitrag zur Syphilisbehandlung mit besonderer Berücksichtigung des Mergals,** von M. v. Zeissl. (Med. Klinik. 1907. Nr. 15.)

Verf. bekämpft die Präventivallgemeinbehandlung und die chronisch

intermittierende Behandlung und befürwortet eine Kur nur, wenn sichtbare Symptome der Syphilis auftreten, indem er auf die durch fortgesetzten Hg-Gebrauch entstehende Unempfindlichkeit des Körpers gegen dieses Mittel hinweist und hervorhebt, daß zahlreiche Fälle bei der intermittierenden Behandlung doch schwere cerebrale und andere Erscheinungen gezeigt haben. Jedes Individuum ist entsprechend seiner Individualität zu behandeln; es ist falsch, ausschließlich ein einzelnes Hg-Präparat für ungünstige Wirkungen verantwortlich zu machen. Eine Bereicherung in der Luestherapie bildet das aus Hg-cholicum oxydat. und Albumen tannic. bestehende Mergal. Die an 40 Patienten verschiedener Stadien gewonnenen Erfahrungen sind günstig, die oft in kurzer Zeit auftretende Gingivitis weist auf eine rasche Resorption des Hg hin und läßt darum das Mittel besonders dann angezeigt erscheinen, wenn schnell Hg dem Körper einverleibt werden soll. Gegenüber anderen innerlich zu nehmenden Hg-Präparaten wird der gute Einfluß auf die Verdauung hervorgehoben, weshalb es bei Erkrankungen des Centralnervensystems angebracht sein dürfte. Ein abschließendes Urteil ist allerdings erst nach jahrelanger Beobachtung möglich. F. Biberstein-Gleiwitz.

43) **Zur Infektiosität des Gumma,** von Fritz Veiel. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. LXXXV. 1907. S. 225. Neisser-Festschrift.)

Verf. hat bei einem Kranken 7 Jahre nach der Infektion, ein Vierteljahr nach der Heirat ein Schankerrezidiv am Penis beobachtet, das zur Ansteckung der Ehefrau führte. Der Patient war nur im ersten Jahre innerlich mittels Kalomel behandelt worden und hatte dann niemals wieder Erscheinungen gezeigt, bis durch die Reizung des häufigeren Koitus es zu dem Spätrezidiv kam. Löwenheim Liegnitz.

44) **Elephantiasis of penis and scrotum due to syphilis,** by A. Ravogli. (Journ. of cutan. dis. 1907. Februar.)

Beschreibung eines Falles, der von 1901—1903 nach Schanker ohne Behandlung war, 1903 mit Paraphimosis und Papeln des ödematösen Skrotums chirurgisch und antisyphilitisch kurze Zeit behandelt wurde und dessen Zustand sich bis Februar 1906 stetig verschlimmerte. Der Penis hatte einen Durchmesser von $11^1/_2$ Zoll, die Glans normal in Größe, ist von einer dunkelpigmentierten, vergrößerten und verhärteten Vorhaut eingeschlossen, an der sich warzige Auswüchse der ganzen Länge nach befinden. An der Wurzel ist die Haut dünn und pigmentlos, aber hart und endigt mit einem Narbenringe. Unterhalb desselben ist die Haut des Skrotums geschwürig, granulierend und sondert stinkendes Sekret ab. Trotz antisyphilitischer Kur Besserung nur langsam und deshalb operativer Eingriff mit gutem Resultate. Verf. bespricht dann den histologischen Befund in Zusammenhang, damit die Entstehung der Elephantiasis. Die Arbeit enthält eine reichliche Literaturangabe der vorhandenen Fälle und weist darauf hin, daß viel mehr Fälle wohl auf Syphilis zurückzuführen sind bzw. den durch die Spirochaeta pallida verursachten Entzündungsprozeß. Oelmann-NewYork.

45) **Ein Beitrag zur Pathologie der Syphilis,** von Egon Tomasczewski. (Archiv f. Dermatol. u. Syphilis. LXXXV. 1907. S. 177. Neisser-Festschr.)

Verf. gibt zunächst eine Übersicht über Spirochätenfunde bei spät auftretenden Erscheinungen der Syphilis vom Typus der Frühformen, woraus er schließt, daß solche Exantheme durchweg als infektiös anzusehen seien, wie sich denn auch Gummen als ansteckend erwiesen haben. Auch hierfür ist sowohl mikroskopisch wie durch Impfung der Beweis erbracht worden. Als

Ursache der tertiären Erscheinungen glaubt der Autor dahin neigen zu dürfen, daß örtlich verbliebene Reste der Erkrankung von neuem zum Aufflackern kommen, während die Malignität der Lues sich vielleicht durch eine Überempfindlichkeit des Kranken gegen das Virus erklären lasse.

Löwenheim-Liegnitz.

46) **Über extragenitale Syphilisinfektion,** von Valentin Zarubin. (Archiv f. Dermatol. u. Syphilis. LXXXV. 1907. S. 293. Neisser-Festschr.)

Verf. beobachtete 47 Fälle extragenitaler Syphilisinfektion unter 5305 Lueskranken, bei denen 869 Primäraffekte gesehen wurden. In der Privatpraxis waren die extragenitalen Schanker viel häufiger, (15 %) als in den Krankenhäusern (knapp 3 %). Ebenso waren viel mehr Männer als Frauen beteiligt, doch sind auch Kinder sehr der Infektion ausgesetzt. Die Mehrzal der Primäraffekte saß an den Lippen und am Munde, was durch die in Rußland eingebürgerten Begrüßungsküsse zu erklären ist. Immerhin ist in den Städten Rußlands die extragenitale Ansteckung eine recht seltene gegenüber den Verhältnissen, welche aus den Landdistrikten bekannt geworden sind. Verf. fordert daher energisch die Abschaffung tief eingewurzelter Sitten, bzw. Unsitten auf gesetzlichem Wege, wodurch allein eine Änderung der gegenwärtigen Zustände erreicht werden könnte.

Löwenheim-Liegnitz.

47) **Extragenitale Syphilis,** von Ries. (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 22.)

Durch ein „Ziehkind", welches an schwerer kongenitaler Syphilis erkrankt war, wurde eine 69jährige Frau im Gesicht luetisch infiziert. Die Infektion erfolgte vermutlich durch Anpressen des von großen Schmerzen gequälten Kindes zur Beruhigung an das Gesicht der Ziehmutter

Schourp-Danzig.

48) **Klinisches und Kasuistisches von den syphilitischen Erscheinungen an den Schlagadern der Extremitäten,** von Ludwig Merk. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. LXXXIV. 1907. S. 435. Neisser-Festschrift.)

Ausgehend von einem Fall von Fingergangrän, die durch eine Endarteritiis syphilitica obliterans hervorgerufen war, behandelt Verf. die Literatur und Symptomatologie dieser oft geradezu deletären Erkrankung. Sie findet sich sowohl im frühen wie mittleren und späten Stadium der Krankheit, wenngleich sie im ersteren meist nur zu wenig ausgeprägten Erscheinungen führt. Bei der circumscripten Form liegen die Verhältnisse natürlich einfach. Es kommt an einer Stelle der Adern zu einer schmerzhaften Geschwulst, und eventuell zu asphyklischen Erscheinungen am Ende der Extremität. Meist aber pulsiert der distale Abschnitt ungehindert fort, in welchem Falle dann durch rechtzeitige Behandlung größerer Schaden vermieden werden kann. Bei der diffusen Form kann es zu einem blitzartigen vehementen Prozeß kommen, bei dem jeder therapeutische Erfolg ausgeschlossen ist (Thrombose, Embolie), während die chronische Form verhältnismäßig leicht reparabel ist, da sie ohne wesentliche Beeinträchtigung des Lumens verläuft. Differentialdiagnostisch kommen Raynaudsche Krankheit, sowie Gangrän infolge von Typhus, Malaria und Sepsis in Betracht.

Löwenheim-Liegnitz.

49) **Zur Statistik der tertiären Syphilis in Moskau,** von Arthur Jordan. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. LXXXIII. 1907. S. 352.)

Verf. hat das Material aus zwei Moskauer Krankenhäusern bearbeitet (659 Fälle), bei welchem die weiblichen Patienten bedeutend überwiegen (505 Fälle), da einesteils Prostituierte, anderenteils die Summen einer Frauenabteilung hauptsächlich die Unterlage für die Untersuchung bilden. Übrigens

überwiegen in Rußland überhaupt unter den tertiären Fällen die Frauen. Die tertiären Kranken machten in den beiden Krankenhäusern 18 bzw. 25 $^0/_0$ aller Syphilitiker aus, durchschnittlich 22,2 $^0/_0$, was auch mit anderen Untersuchungen in Moskau übereinstimmt. Auf dem flachen Lande ist in Rußland die Spätsyphilis aber noch viel häufiger, so daß auf ganz Rußland einschießlich der Städte 50 $^0/_0$ aller Luetiker Späterscheinungen bekommen. Am häufigsten fanden sich Gummen der Haut, dann Nasenaffektionen und Knochenerkrankungen. Die tertiären Erkrankungen treten in der großen Mehrzahl im ersten Jahrzehnt der Krankheit auf, indem sie sich bis zum 6. Jahre immer mehr häufen und dann abnehmen. Prädisponiert sind sehr junge und bejahrte Kranke, ferner Alkoholiker und schwache Personen. Daß die Behandlung einen hervorragenden Anteil an dem Fernbleiben der tertiären Syphilis hat, ergibt sich namentlich aus der Beobachtung der verhältnismäßig leidlich behandelten Prostituierten. Löwenheim-Liegnitz.

50) **Über Sedimentuntersuchungen eiweißloser Harne bei therapeutischer Quecksilberapplikation (Inunktionskuren)**, von Richard Fischl. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. LXXXIII. 1907. S. 373.)

Verf. stellte durch genaue Untersuchung der aus der Nubecula gewonnenen, scharf ausgeschleuderten Sedimente fest, daß die Zahl der schon bei der Mehrzahl der Gesunden vorkommenden Cylinder unter Quecksilberbehandlung beträchtlich steigt, und zwar im Verhältnis zur Stärke der Kur. Zuerst treten meist nur hyaline, später körnige Cylinder auf. Schließlich kann man hier und da auf den Cylindern einige Zellen unterscheiden, sehr selten sind Epithelcylinder. Albuminurie ist in diesen letzteren Fällen dann meist vorhanden. Löwenheim-Liegnitz.

51) **Ein neues Gefäßsymptom bei Lues**, von S. Ehrmann. (Wiener med. Wochenschrift. 1907. Nr. 16.)

Neben der Besprechung von drei ähnlichen, bereits früher berichteten Fällen teilt Verf. die Krankengeschichte eines 52jährigen Mannes mit, der neben Symptomen, welche auf eine Endarteriitis aortae hinzuweisen schienen, typische tuberkulöse Syphilide und ferner auf den unteren Extremitäten baumartige, dunkellivide, an den Enden spitz zulaufende Figuren zeigte. Die Kühle der Haut ließ eine passive und Stauungshyperaemie erkennen. Von der Cutis marmorata unterscheidet sich die Affektion durch Form und Farbe, sowie dadurch, daß bei mechanischer Reibung nicht wie bei jener Erscheinung eine völlige Entleerung der Kapillaren stattfindet. Dies erklärt sich durch die anatomische Veränderung in der Wandung der zuführenden Arterien. Wenn in der Herzsystole das Blut in sie hineingetrieben wird, so können sie nicht während der Diastole durch die elastischen Kräfte in der Wand und durch ihre Muskulatur die Fortbewegung der Blutsäule durch die Kapillaren bewirken, da die elastischen und Muskelfasern fast gänzlich geschwunden sind. Das Blut staut sich in den Kapillaren, fließt ungenügend in die Venen ab und erzeugt jene eigentümliche Färbung und die den Arterienbäumchen entsprechende Zeichnung. Nur sehr energische Reizmittel (Adrenalin) können noch eine Kontraktion der mechanisch gedehnten Kapillaren zustande bringen. Es handelt sich also um eine Endarteriitis der kleinsten Arterien, welche das Blut in das subpapillare und papillare Netz der Haut führen. Die hämorrhagischen Cysten, welche bei der Obduction eines der früheren Fälle gefunden wurden, bezeichneten nicht eine primäre Erkrankung des Nervensystems, sondern rührten von Hirnhämorrhagien infolge von Sklerose der Gehirnarterien her. J.

52) **Über intermittierendes Fieber bei visceraler Syphilis, namentlich bei Lebersyphilis**, von Julius Mannaberg. (Zeitschrift f. klin. Medizin. LXII. 1907.)

Die sieben vom Verfasser eingehend beobachteten Fälle zeigten, daß bei visceraler Lues ein intermittirendes Fieber vorkommen kann, welches an Malaria oder Sepsis erinnert. Die Ursachen dieser Erscheinung blieben bisher dunkel, vielleicht würden spätere Untersuchungen des Blutes auf Spirochaetae pallidae in zweifelhaften Fällen Aufklärung schaffen. Immerhin bewies der überaus rasche Erfolg der spezifischen Therapie, Quecksilber und Jodkali, daß auch das Fieber einen spezifischen Grund haben mußte. Während in 5 Fällen die Lues an der Leber, in einem anderen Falle an der Lunge lokalisiert war, blieb das Fieber bei einer Patientin das einzige erkennbare Symptom. Doch ließ die Angabe des Hausarztes, daß der Vater der Kranken an Tabes leide, sowie die prompte Wirkung von Sublimatininjektionen hereditäre Lues vermuten. J.

53) **Über Reinfectio syphilitica**, von Oplatek. (Wiener klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 15.)

Um die Diagnose einer syphilitischen Reinfektion sicher zu stellen, fordert Verf. die nicht nur von dem Patienten berichteten, sondern vom behandelnden Arzte bestätigten Tatsachen, daß die erste Infektion seit längerer Zeit vollständig und ohne Hinterlassung tertiärer Symptome abgelaufen sei und daß dem zweiten Primäraffekte deutliche sekundäre Symptome folgten. Dazu trete neuerdings der Nachweis der Spirochaetae pallidae in den Efflorescenzen. Der vom Verf. berichtete Fall entspricht durchaus diesen Anforderungen und bietet das Bild einer unzweifelhaften Reinfektion. Erste Infektion im Jahre 1900: Primäraffekt am Penis, Skleradenitis, makulöse Syphilide, nässende Papeln am Genitale, Rachenaffektion, Iritis luetica. Heilung unter Quecksilberinjektionen, da Inunktionen nicht vertragen werden, darauf sechs völlig symptomfreie Jahre. Zweite Infektion kürzlich, drei Wochen nach einem verdächtigen Coitus Primäraffekt am Sulcus glandis, Schwellung der Leistendrüse, papulöse Syphilide, welche Spirochaetae pallidae enthalten. Verschwinden der Symptome unter Quecksilberinjektionen. J.

Krankheiten des Urogenitalapparates.

54) **Zur Ätiologie der infektiösen Erkrankungen der Harnorgane**, von F. Suter. (Zeitschrift f. Urologie. I. 1907.)

Die Untersuchungen des Verf.'s erstrecken sich auf 211 Fälle im Verlaufe von 4 Jahren in der Burckhardtschen Klinik; ausgenommen wurden die gonorrhoischen Affektionen der Urethra. Das Ergebnis ist folgendes: Endogene Infektionen bedingen Tuberkelbazillen und Kolibakterien. Für die ersten ist charakteristisch der eiterhaltige, auf gewöhnlichen Nährböden sterile Harn. Eine Sekundärinfektion ist meist Folge von instrumentellen Eingriffen. Die hämatogene Koliinfektion ergreift meist das Nierenbecken, seltener primär die Blase; sie setzt akut oder chronisch ein, führt zu Schmerzen oder auch zu Koliken in der betreffenden Niere, selten zu Hämaturie. Der Urin enthält Eiter und je nach dem Ergriffensein des Nierenparenchyms auch Eiweiß. Klinisch verlaufen beide Affektionen ähnlich. Die durch Kolibakterien bedingte instrumentelle Infektion ergreift zuerst die Blase und erst sekundär die Nieren; es kommt zur Bakteriurie oder Eiterung. Die Kolibakterien sind

die in den Harnwegen am häufigsten vorkommenden Mikroben und können allein eine Cystitis hervorrufen. Andere Cystitiserreger sind die Kokken und der Proteus Heuser. Bei ihrer Anwesenheit gehört zum Zustandekommen einer Cystitis eine besondere Prädisposition in der Blase. Bei gleichzeitigem Vorhandensein von Kokken und Kolibakterien pflegen die ersten bald zu verschwinden. Meist wird die akute Form der Cystitis durch Kokken, die chronische durch Kolibakterien allein oder mit Kokken zusammen verursacht. Der Urin ist gewöhnlich sauer, auch bei Vorhandensein von harnstoffzersetzenden Bakterien. Die Kolibakterien gelangen leichter in die höheren Harnwege als die Kokken und sind von hier wie auch aus der Blase nur sehr schwer zu beseitigen. Anders die Kokken; eine durch sie hervorgerufene Cystitis heilt leicht, dagegen rufen sie, wenn sie einmal in die Nieren gelangen, hier eine ernste Erkrankung hervor. Walter Schneider-Königsberg.

55) **The hematuria of chronic nephritis**, by A. L. Chute. (Americ. Journ. of Urology. 1907. Nr. 3.)

In Fällen von chronischer Nephritis beobachtete Verf. verschieden schwere Hämaturien, welche die Patienten erheblich schwächen und durch profuses Auftreten sogar das Leben bedrohen konnten. Zu dieser Krankheitsgruppe gehören wahrscheinlich auch die sogen. „essentiellen renalen Hämaturien". Dieselben beruhen meist auf einer toxischen oder infektiösen Ursache und lassen sich, wenn auch das klinische Bild oft undeutlich ist, doch bei sorgfältiger Beobachtung diagnostizieren. Die Erkennung einer Hämaturie infolge chronischer Nephritis ist insofern wichtig, als diese Affektion nicht mit einer schweren Nierenkrankheit verwechselt und eine Niere nicht unnötig geopfert werden darf. Eine beträchtliche Anzahl der mitgeteilten Fälle sind durch operativen Eingriff geheilt worden, doch hält Verf. unsere Kenntnisse der betreffenden Erkrankung noch nicht für ausreichend, um feste Regeln für die beste operative Methode aufzustellen. J.

56) **Über angeborene Strikturen der Harnröhre**, von Posner. (Berliner klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 13.)

Verf. berichtet über einen Fall von angeborener Verengerung der Harnröhre bei einem 11jährigen Knaben. Er erkrankte unter den Erscheinungen einer Pyelitis. Dazu trat heftiger Harndrang und eines Tages Hämaturie. Ein eingeführter Katheter entleerte 1100 ccm trüben, eitrigen Urins. Beim Katheterisieren zeigte es sich, daß der Katheter regelmäßig in der Bulbusgegend auf ein Hindernis stieß, das aber leicht überwunden wurde; durch Einführen immer stärkerer Katheter und Blasenspülungen trat rasch Besserung ein. Es käme für derartige Fälle auch die Intraurethrotomie in Frage.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

III. Therapeutische Notizen.

Erysipel:

1) Rez. Acid. carbolic.
Tinct. Jodi
Glycerin ana 1,0
Mucilag. gummi arab. 5,0
Alcohol absol. ad 20,0
S. Äußerlich.
(Ströll.) J.

Lues laryngis:

2) Rez. Mucilag. gummi arab. 25,0
Anaesthesin Ritsert 12,0
Aq. dest. ad 100,0
M. f. emulsio.
Zum Einspritzen in den Kehlkopf.

J.

Pruritus:

3) Rez. Natr. carbonic.
Kalii carbonic. ana 90,0
Boracis 60,0
Amyli 240,0
S. Zusatz zum Bade (Riddle).
(Presse méd.)

J.

IV. Vereinsberichte.

Berliner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 11. Juni 1907.

E. Lesser demonstriert 1) ein Kind mit ausgebreiteter Vaccina generalisata, veranlaßt durch ein bestehendes Ekzem; die Temperatur ist hoch, bis 39,1, und die Prognose zweifelhaft bei erheblicher Ausbreitung, eine Reihe von Todesfällen ist beobachtet; bei Ekzem soll daher nicht geimpft werden, da auch die Geschwister gefährdet sind. Die Behandlung erfolgt im roten Zimmer;

2) einen 66jährigen Patienten mit Sarcoma haemorrhagicum idiopathicum multiplex Kaposi, charakteristisch ist das blaue Polster an Händen und Füßen, ferner die spiralförmigen Anschwellungen der Finger; subjektiv sind heftige Schmerzen vorhanden. Mikroskopisch ergibt sich typisches Sarkomgewebe mit mäßiger Angiombildung. Die Prognose ist sehr schlecht, therapeutisch ist Arsen, Atoxyl, Röntgen-Bestrahlung ohne Erfolg versucht worden.

In der Diskussion wird bezüglich des ersten Falles generelle Anwendung eines Okklusivverbandes nach jeder Impfung empfohlen; ad 2) wird bemerkt, daß öfters Metastasen am harten Gaumen beobachtet sind; ferner, daß sämtliche in der Literatur beschriebenen Fälle Juden, und zwar fast immer Männer betreffen. Therapeutisch wird Chinin in großen Dosen, ferner Röntgenbehandlung mit Cholininjektionen empfohlen.

Holländer zeigt einen Patienten mit einer ausgebreiteten, kondylomartigen Tuberculosis verrucosa cutis in der Analgegend, die im Anschluß an eine operierte Fistula ani entstanden ist.

Blaschko demonstriert einen 22jährigen Patienten mit Ichthyosis congenita; bemerkenswert an dem Falle ist die schräge Anordnung der Felderung, die normalerweise horizontal verläuft, ferner die Trennung der Felder durch hervortretende Falten, bzw. Balken, während normalerweise die Trennung durch Furchen geschieht. Die Schweißsekretion ist gering, aber vorhanden. Außer dem Großvater des Patienten ist kein weiteres Familienglied von dem Leiden befallen. Eine Behandlung mit der Quarzlampe, mit Kleienbädern und Ungt. Glycerini hat wesentliche Besserung herbeigeführt.

Rosenthal zeigt einen jungen Mann mit umfangreichen Tätowierungen des Körpers.

Heller spricht über die zweckmäßige Organisation der Heime für hereditär-syphilitische Kinder: Angeregt durch den Besuch der von Welander in Stockholm zu diesem Zweck begründeten Anstalt ist Vortr. bemüht, die Gründung eines derartigen Heims bei uns anzuregen und zu fördern. Die hereditär-syphilitischen Kinder, die meist den proletarischen Schichten entstammen, vielfach unehelich sind und daher in schlechten sozialen Verhältnissen leben, sind nicht nur selbst gefährdet, sondern gefährden auch in hohem Grade ihre Umgebung. Zweckmäßig wäre die Aufnahme von syphilitischen Ammen und Dienstmädchen, dadurch würde die Ernährung der Kinder gefördert und der Betrieb verbilligt, ein Bestreben, das weiter durch einfache Ausstattung usw. betätigt werden könnte. Vortr. empfiehlt die Annahme einer Resolution, welche die Gründung eines derartigen Heims durch gemeinsame Arbeit der Behörden und der privaten Wohltätigkeit fordert.

Diskussion: Oberwarth berichtet aus der Neumannschen Poliklinik, daß von den dort aufgenommenen Kindern 2,8 % der ehelichen, 3,4 % der unehelichen Lues hereditaria hatten; manchmal dauere das Latenzstadium bis zum 4. Monat. Die Kinder sollen in dem zu begründeten Heim bis zur vorläufigen Heilung bleiben, dann draußen weiter beobachtet werden.

E. Lesser hält letzteres nicht für zweckmäßig, die Kinder müßten bis zur Beseitigung jeder Gefahr im Heim bleiben. Für die Gründung desselben müsse die Ortsgruppe Berlin der deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten interessiert werden.

Blaschko wünscht die Resolution weiter und allgemeiner zu fassen, und zwar soll eine systematische Fürsorge für hereditär-syphilitische Kinder eingerichtet werden, in welchem Sinne die Gesellschaft beschließt.

Paul Cohn-Berlin.

V. Vermischtes.

— Das Russische Journal für Haut- und Geschlechtskrankheiten (1907, Heft 3 u. 4) enthält folgende Arbeiten: 1) Selenef: Zur Lehre von der Blastomycose der Haut. Die Blastomycosis der Haut ist ziemlich selten, am häufigsten findet sich wohl diejenige Affektion der Gesichtshaut, die in Form von papulo-pustulösen Eruptionen auftritt, von Exulzerationen und Vegetationen begleitet ist und leicht mit Lues und Lupus verwechselt werden kann. Wie die Fälle von Löwenbach, Oppenheim und Finger, so gehört auch der Fall des Vortr. zu dieser Form und wurde früher, bevor die Diagnose durch die bakteriologische Untersuchung verifiziert war, für Lupus gehalten. Der Kranke, ein Kosak aus dem Kubangebiet, ist weder hereditär noch mit Lues belastet. Zuerst erschien bei ihm auf der Nasenschleimhaut links eine schmerzhafte, mit einer Borke bedeckte Papel, die nach Entfernung der Borke klare Flüssigkeit sezernierte. Hierauf erschienen einige stark juckende Knötchen auf der linken Wange, nach einem Jahre folgten ebensolche Knötchen auf dem linken Nasenflügel, und seit dieser Zeit schreitet der Prozeß fort. Jetzt ist der linke Nasenflügel, der angrenzende Teil der linken Wange, die Nasenspitze und zum Teil der rechte Nasenflügel hyperämisch, mit Papeln, kleinen Pusteln, gelben Borken und perlmutterfarbenen Schuppen bedeckt. Der linke Nasenflügel erodiert, beim Berühren wird über Schmerz geklagt. Die Lymphdrüsen sind zum Teil zu palpieren, namentlich

die der linken Körperhälfte. Die inneren Organe sind gesund, der Harn frei von Eiweiß und Zucker. Die mikroskopische Untersuchung der mit einer Lösung von Eosin-Azur in Methylalkohol gefärbten Ausstrichpräparate ergab folgendes: Außer Epithelien, Blutkörperchen und hyalinen Massen fanden sich in großer Menge doppeltkonturierte runde oder ovale Hefezellen verschiedener Größe, von denen einige noch in direkter Teilung begriffen sind. Mit den Mutterzellen hängen noch viele Tochterzellen zusammen. Die Hefezellen nisten sich als Parasit in die Gewebe ein und führen zu einem Schwund der Gewebselemente, zur Vakuolen und Schollenbildung in den Zellen und Zellkernen. Das Mycelium dieser Hefezellen bestand teils aus langen, sehr dünnen, spiralig oder netzförmig angeordneten, schwach gefärbten Fäden, teils aus dicken, kurzen, stark tingierten Fäden. Allerdings ist das Mycel rudimentär. Histologisch fand sich eine Verdickung und Auflockerung der Hornschicht, die an manchen Stellen Vakuolen und kleine Abscesse aufweist, an anderen schollig degeneriert und mit Hefezellen angefüllt ist. Das Rete Malpighi ist verbreitert, ödematös an vielen Stellen von Hefezellen durchsetzt. Die Papillen sind schlecht ausgeprägt, wie verwaschen, teils infolge des Ödems, teils infolge der Verbreiterung des Rete Malpighi, der Bildung von Narbengewebe und der Infiltration mit Rundzellen. Die Cutis weist dieselben Veränderungen auf wie die Epidermis, d. h. Ödem, Narbenbildung, Infiltration mit Rund-, Plasma-, Epitheloidzellen und Hefepilzen. Auf Gelatine entwickelte sich nach 3 Wochen eine runde, schwarze Kultur von Hefepilzen, auf Agar ungefähr in derselben Zeit eine grauweiße Kolonie. Der Versuch, die Hefe auf Kartoffeln zu züchten, mißlang völlig. Die Therapie besteht in Lichtbehandlung, Jodsalben äußerlich und Jodkalium innerlich. Eine Besserung ist zu bemerken. 2) Kolomeizew: Exitus letalis nach Injektionsbehandlung der Lues mit einem löslichen Quecksilbersalz. Aus einem sibirischen Militärspital wurden vier Luetiker mit tiefen Abscessen der Glutäalgegend nach Kasan evakuiert; die Abscesse entstanden nach Injektion eines löslichen Quecksilbersalzes. Drei Kranke genasen nach Inzision der Abscesse, der 4. Fall nahm einen unglücklichen Verlauf trotz früher Inzision. Die Wunde wollte nicht heilen, die Temperatur hielt sich hoch und zeigte starke Remissionen. Der Kranke magerte ab, klagte über Schwäche und Mattigkeit. Es gesellte sich ein Erysipel hinzu, nach dessen Abheilung der Kranke der septischen und pyämischen Infektion erlag. Der Autor gibt den Ärzten den Rat, doch die Injektionen selbst zu machen und nicht den Feldscherern diese zu überlassen, dann eine strenge Asepsis zu beobachten und nicht zu kurze Nadeln zu benutzen, damit das Quecksilber in das Muskelgewebe und nicht in das subkutane Fettgewebe deponiert werde. 3) Rotmann: Die Humoralpathologie im Lichte der neuesten Ergebnisse der Bakteriologie und die Gonorrhoe. Der Autor weist darauf hin, wie die alte, vergessene Lehre der Humoralpathologie bereichert mit dem Wissenschatze der Cellularpathologie, Bakteriologie und der Lehre von den Toxinen, Antitoxinen, Cyto- und Hämolysinen Ehrlichs allmählich sich wieder Bahn bricht und auf die Denkweise der Ärzte Einfluß gewinnt. Die Gonorrhoe speziell wird nicht mehr als eine örtliche Affektion der Urethra im Sinne Ricords oder eine örtliche Gonokokkeninfektion betrachtet, sondern mehr und mehr dringt die Anschauung durch, daß die Gonorrhoe eine Allgemeininfektion des Organismus ist. In jüngster Zeit wird nicht nur von allen Gelehrten die Existenz eines Gonotoxins anerkannt, das durch Vermittelung der verdorbenen Körpersäfte

ernste Affektionen von Herz, Peritoneum und Meningen hervorrufen kann, sondern es werden auch Versuche gemacht, die Gonorrhoe der Serumbehandlung zugänglich zu machen. 4) Wetschtomow: Die Therapie der Syphilis. Der Autor hat mit großem Fleiß wohl alle Rezeptformeln und Behandlungsmethoden gesammelt und zusammengestellt, die von verschiedenen Seiten für die allgemeine und lokale Behandlung der Lues und der Syphilide empfohlen worden sind. 5) Selenef: Flagellata als Ursache von Hautkrankheiten. Der Kranke litt an einer erythemartigen Eruption an den Armen und Unterschenkeln, die von einem roten breiten Infiltrat umgeben war. Im Gewebssaft sowohl der Pusteln nach Entfernung der Borke wie des Infiltrats fanden sich amoeboide Gebilde, teils geschweift, teils nicht, mit Geißeln am vorderen Ende. In einigen Präparaten konnte man bemerken, wie eine Amoebe ein weißes Blutkörperchen mit ihren Pseudopodien umklammert hielt, in den Leib einer anderen Amoebe war schon ein Leukozyt hineingelangt. Im Kampfe mit den Leukozyten scheint auch oft die Amoebe zu unterliegen und zu zerfallen. Der Autor ist der Meinung, daß die Flagellaten in die Haut eindringen und Eruptionen hervorrufen, die der Ekthyma ähnlich sind. Er macht darauf aufmerksam, daß bis jetzt noch niemand eine Phagozytose der Leukozyten durch Amoeben beobachtet hat. 6) Tscherbakow: Der Nervenshock und das Xanthoma diabeticum. Der Autor beobachtete 2 Fälle von Diabetes mellitus mit Xanthoma tuberosum des Rückens und der Hinterbacken. Der Diabetes war in einem Falle nach einem psychischen Trauma, in dem anderen als Folge von Sorge und Kummer wegen Vermögensverlust entstanden. Die Eruption beschreibt der Autor als rote Knötchen, die auf Druck eine gelbe Farbe annehmen (NB. keine Knötchen mit gelber Spitze?) 7) Grusdew: Zur Lehre von der Hirnlues. Der Autor hat im Marinehospital von Kronstadt als Prosektor fungiert und teilt einige von ihm sezierte Fälle von Hirnlues mit. In den meisten Fällen des Autors hatte eine Intimaaffektion der Art. Sylvii und der übrigen Gefäße zur Thrombose und Erweichungsherden in den Centralwindungen geführt. Hemiplegie und Affektion der Gehirnnerven wurde in allen Fällen beobachtet. In 4 Fällen war die letale Hirnlues schon im ersten Jahre der Infektion ausgebrochen. 8) Tschumakow: Zur Diagnose und Therapie der Spermatocystitis gonorrhoica. Der Autor erwähnt 7 Fälle von Spermatocystitis gonorrhoica chronica aus seiner Praxis und weist darauf hin, daß die Krankheit nicht selten als Komplikation der Gonorrhoe auftritt. Die richtige Diagnose kann nur mit Hilfe des Mikroskopes sicher und oft gestellt werden, und weist der Autor daher auf die Notwendigkeit hin, bei jeder protrahierten Gonorrhoe auch das Sperma mikroskopisch zu untersuchen. Eine robororierende Allgemeinbehandlung und lokale Applikation von Wärme im Mastdarm mit Hilfe der Kühlbirne gab dem Autor die besten Resultate, während lokale Behandlung der Urethra den Prozeß oft verschlimmerte. J. Sack-Minsk.

VI. Personalien.

— Dr. S. F. Grosz hat sich in Wien für Dermatologie habilitiert.

Um Einsendung von Separatabzügen und neuen Erscheinungen an den Herausgeber Dr. Max Joseph in Berlin W., Genthiner Strasse 5, wird gebeten.

Verlag von Veit & Comp. in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Dermatologisches Centralblatt.

INTERNATIONALE RUNDSCHAU

AUF DEM GEBIETE DER HAUT-. UND GESCHLECHTSKRANKHEITEN.

HERAUSGEGEBEN VON

DR. MAX JOSEPH

IN BERLIN.

Zehnter Jahrgang.

Monatlich erscheint eine Nummer. Preis des Jahrganges 12 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie direkt von der Verlagsbuchhandlung Veit & Comp. in Leipzig.

1907. August. Nr. 11.

I. Originalmitteilung.

[Aus Dr. **Max Joseph's** Poliklinik für Hautkrankheiten in Berlin.]

Zur Statistik des Trippers beim Manne und seiner Folgen für die Ehefrau und Kinderzahl.

Von Dr. **F. Yùdice,** Volontär-Assistent.

(Schluß.)

Diesen zweiten Abschnitt wollen wir wiederum von zwei gesonderten Standpunkten aus betrachten: Der Einfluß der Gonorrhoe des Mannes erstens auf die Gesundheit seiner Ehefrau und andererseits auf die Fruchtbarkeit seiner Ehe. Wir lassen uns hier nicht auf die von den Autoren in düsteren Farben gezeichneten Gefahren der Tripperinfektion für die Ehe ein — das hat Erb genügend getan —, sondern gehen sofort in medias res. Zur Tabelle II Erbs fügen wir folgende, in derselben Art behandelte, hinzu:

Tabelle VII.

377 Männer litten vor der Heirat an Tripper	im 1. Hundert	im 2. Hundert	im 3. Hundert		Summe	in Prozenten
1) Frauen gesund, d. h. bei denen eine gonorrhoische Unterleibserkrankung nicht angegeben wurde	92	93	98	70	353	93,63
2) Frauen erkrankt, d. h. unterleibsleidend:						
a) sicher gonorrhoisch	5	5	1	4	15	3,98 } 6,37
b) wahrscheinlich gonorrhoisch . .	3	2	1	3	9	2,39 }
	100	100	100	77 = 377		100 %

Die Zahlen stimmen, wie man sieht, ziemlich genau mit den von Erb gefundenen überein. Auch in unserem Material werden etwa 4 %[1] Frauen gonorrhoischer Männer als unterleibsleidend durch Tripper angegeben. Nun ist, bevor man hieraus irgend welche Schlüsse ziehen darf, vor allem zu untersuchen, ob die Methode, die uns diese Zahlen lieferte, einwandsfrei ist. Erst dann darf man sich auf diese Ergebnisse für seine Folgerungen stützen.

Es wurden also die Männer, die vor ihrer Ehe eine Gonorrhoe akquiriert hatten, eingehendst nach etwaigen Unterleibserkrankungen ihrer Frauen befragt, manche gaben direkt an, die Frau sei wegen Tripper behandelt worden, andere z. B., die Frau sei wegen Eierstockentzündung operiert worden: solche Fälle haben wir dann zu den sicher gonorrhoischen gezählt, während z. B. Auskratzungen, Endometritiden, Laparatomien, die anamnestisch von den Ehemännern angegeben wurden, wenn keine andere Ursache bezeichnet war wie Lues, Aborte usw., als Leiden wahrscheinlich gonorrhoischer Natur in der Statistik behandelt worden sind.

Der Haupteinwand, der hier nun voll gemacht werden kann, ist der, daß viele Frauen als unterleibsgesund von ihren Männern bezeichnet wurden, die doch einer Gonokokkeninfektion anheimgefallen sind. Das werden natürlich „leichte Fälle“ sein; denn die schwereren, entzündlichen und eiterigen Erkrankungen des Uterus und seiner Adnexe bleiben, wie Erb ganz richtig bemerkt, nicht verborgen. Aber diese leichten gonorrhoischen Infektionen — und darin hat Erb unrecht — dürfen durchaus nicht vernachlässigt werden, darauf macht Kopp[2] in seiner Replik aufmerksam, und zwar nicht deshalb, weil sie die Gesundheit der Frau untergraben, sondern weil sie von starker Wirkung auf den Kindersegen sein können. Zur Genüge ist ja die aszendierende Gonorrhoe des Puerperiums bekannt, sie ist das Bindeglied zwischen Tripperinfektion der Frau und typischer gonorrhoischer Einkindsehe. Dabei braucht die Gonorrhöe, selbst nachdem sie sich des Uterus und der Anhänge bemächtigt hat, nicht bemerkt zu werden, und diese Verhältnisse hat Kossmann[3] in Erwiderung auf Erbs Artikel in dankenswerter Weise ausgeführt. Aus ihnen geht zur Genüge

[1] A. Neisser befindet sich im Irrtum in seiner kritischen Beleuchtung der Arbeit Erbs (Medizin. Klinik. 1907. Nr. 14) indem er sagt: „Aber selbst wenn es sich wirklich nur um 4,25 % handelt, scheint mir das schon erschreckend. Sind doch das schon 8,5 % auf die 50 % an Gonorrhoe erkrankter Männer.“ Im Gegenteil, auf die Gesamtzahl der Ehen berechnet, entfallen nur die Hälfte von 4,25 = 2,12 %, wie Köpp schon ganz richtig in der Münchener med. Wochenschrift 1906 Nr. 51 bemerkt hat, denn die 400 von Erb angegebenen Fälle von Ehemännern, die verschieden lange Zeit vor der Heirat an Tripper gelitten haben, sind ja schon den 50 % der überhaupt an Tripper erkrankten entnommen.

[2] Münchener med. Wochenschrift. 1906. Nr. 51.

[3] Münchener med. Wochenschrift. 1906. Nr. 51.

hervor, daß die Anamnese nach gonorrhoischen Unterleibsleiden der Frauen tripperkrank gewesener Männer uns im Stich lassen muß, und daß die aus unseren Fällen resultierende Zahl von 6,37 bzw. 3,98 % nur als Wert für schwere gonorrhoische Infektionen der Frau angesehen werden kann.

Nun glauben wir aber ein Mittel an der Hand zu haben, um direkt mit einem hohen Grad von Wahrscheinlichkeit nachweisen zu können, daß Frauen als gesund anamnestisch bezeichnet wurden, die, wie aus den Folgen hervorgeht, fast sicher mit dem Gonococcus infiziert waren. Wir haben nämlich 85 Fälle vom Mann aus gonorrhoischen Ehen zusammengestellt, in denen der Tripper in der Ehe erworben wurde. In diesen 85 Ehen sind 12 Frauen (14,12 %) als unterleibsleidend angegeben, und zwar 7 sicher auf gonorrhoischer Basis = 8,24 % und 5 wahrscheinlich = 5,88 %. Von den 73 als gesund vermerkten Frauen haben wir nun Länge der Ehe, Zeitpunkt der Infektion des Mannes und vor allem Kinderzahl vor und nach der Infektion berücksichtigt und konnten drei Kategorien aufstellen.

Die erste umfaßt diejenigen Fälle, in denen, wenn man sich an die Verhältnisse der Geburten vor und nach der Infektion hält, auf das klarste ein Einfluß von Gonorrhoe zu konstatieren ist, die zweite die Ehen, in denen zur Evidenz ein solcher nicht vorhanden, und endlich den Rest, wo die Daten keinen zwingenden Schluß auf den Einfluß der Gonorrhöe erlauben (Tabelle VIII).

Aus Kategorie A geht aufs deutlichste hervor, daß mit dem Einsetzen der gonorrhoischen Infektion des Mannes während der Ehe die Geburten danach entweder ganz aufhören oder sich auf eine beschränken, obwohl die Frau vorher in normaler Weise mehrere Kinder geboren hatte, und die Ehe nach der Infektion noch längere Zeit dauerte. Auch sind andere Ursachen — darauf haben wir gesehen — nicht vorhanden zur Erklärung des plötzlichen Aufhörens der Geburten.

Und doch sind diese Frauen, 11 von 85, d. h. in 13 %, als gesund von ihren Ehemännern bezeichnet worden! Hier aber können die Zweifel an ihrer wirklichen Gesundheit aufs höchste steigen, hier ist gewissermaßen ein Indizienbeweis dafür erbracht, daß die Aussagen der Ehemänner, was die Intaktheit bezüglich gonorrhoischer Infektion ihrer Ehefrauen betrifft, unzuverlässig sind.

Aber noch in anderer Hinsicht sind die Verhältnisse, die uns die Ehen der während der Ehe tripperkrank gewordener Männer liefern, hochinteressant. 85 davon haben wir. Hier schnellt die Prozentzahl der (anamnestisch!) sicher gonorrhoisch gewordenen Frauen auf 8,24, der wahrscheinlich gonorrhoisch infizierten auf 5,88, gegenüber 3,98 und 2,39 % der Tabelle VII. Unter der Voraussetzung, das in diesen 85 Fällen

— vor der Ehe gonorrhoisch Infizierte haben wir ja 4mal so viel — kein Zufall sein blindes Spiel treibt — und bei kleinen Zahlen muß man immer an ihn denken — werden mehr als noch einmal so viel Frauen durch den Tripper des Mannes, der in die Ehe fällt, schwer gonorhoisch unter-

Tabelle VIII.

Gesunde Frauen **während** der Ehe gonorrhoisch gewordener Männer.

Kategorie A.

Alter des Mannes	Vor wie-viel Jahren Heirat	Vor wie-viel Jahren Tripper	Wieviel Kinder vor der Infektion	Wieviel Kinder nach der Infektion
33	8	6	2	—
33	10	9	1	—
45	25	20	4	—
33	5	2	2	—
32	9	4	3	—
38	5	4	1	1
37	12	8	4	1
38	12	6	4	—
53	28	20	7	—
38	7	4	3	1
31	6	4	1	1
11 Fälle				

Kategorie B.

Alter des Mannes	Vor wie-viel Jahren Heirat	Vor wie-viel Jahren Tripper	Wieviel Kinder vor der Infektion	Wieviel Kinder nach der Infektion
45	18	15	3	4
56	29	26	1	4
43	18	15	3	7
44	18	16	2	5
46	20	16	4	4
39	14	13	1	2
65	43	39	4	9
43	20	18	2	2
26	3	2	1	2
33	12	10	2	2
33	7	6	1	2
43	20	19	1	6
31	7	6	1	2
33	8	7	1	2
14 Fälle				

leibsleidend, als durch die Akquisition von Tripper des Mannes vor der Heirat. Aber von 377 + 85 = 462 sozusagen vom Mann aus gonorrhoischen Ehen sind eben 85 in der Ehe gonorrhoisch geworden, das sind 18,4 %. Also 18,4 von Hundert männlicherseits gonorrhoischer Ehen werden um das Doppelte mehr schwere Unterleibsleiden der Ehefrauen liefern, als die restierenden 91,6.

Übrigens war das Resultat der 85 Fälle von vornherein zu erwarten, und darum gewinnen die gefundenen Zahlen auch an Wert. Es mußten mehr Frauen der Infektion anheimfallen, da sie ihr im akuten Stadium ausgesetzt wurden. Das erleuchtet aber die ungleich größere Gefährlichkeit des akuten Trippers für die Infektion der Ehefrauen, hier sind 14,12 % schwer unterleibsleidend geworden gegenüber den 6,37 % der Tabelle VII, wo die Gonorrhoe als im chronischen Stadium übertragen angenommen werden muß, und die 11 Frauen der Tabelle VIII, Kategorie A, haben wir ebenfalls als mit dem Gonococcus infiziert anzusehen. In demselben Sinne spricht sich Hans Körner aus: „Diesen Beobachtungen zufolge hängt der bedenkliche Einfluß, den der Tripper in der Ehe spielen kann, nicht von der Tatsache ab, ob der Mann einmal Tripper gehabt hat. In den Fällen, wo er abgelaufen ist, sind die Aussichten günstig. Dort aber, wo der Tripper in noch virulentem Zustande in die Ehe gebracht wird, wo er während derselben erworben, dort ist ein Einfluß auf Gesundheit und Kinderzahl nicht zu verkennen.“

Damit kommen wir zu der anderen wichtigen Rolle, die der Tripper in der Ehe spielt.

Fallen die Frauen der akuten gonorrhoischen Infektion zum Opfer, dann ist der Einfluß auf die Zahl der nachfolgenden Geburten höchst evident. Sie gestalten sich bei den 12 als unterleibsleidend angegebenen Frauen der 85 obigen Fälle wie folgt:

Tabelle IX.

Kranke Frauen während der Ehe gonorrhoisch gewordener Männer.

		Alter des Mannes	Vor wieviel Jahren Heirat	Vor wieviel Jahren Tripper	Wieviel Kinder vor der Infektion	Wieviel Kinder nach der Infektion
Anamnestisch sicher gonorrhoisch unterleibsleidend = 7	1	31	7	6	1	1
	2	35	10	5	3	—
	3	34	10	5	3	—
	4	39	17	11	3	—
	5	43	15	13	2	1
	6	40	15	9	6	—
	7	33	7	5	2	1
wahrscheinlich gonorrhoisch unterleibsleidend = 5	8	33	11	10	—	—
	9	54	27	16	2[1]	—
	10	32	9	2	6	—
	11	33	10	5	2	—
	12	25	[illegible]	1	—	—

Hier ist also in 100 % ein Einfluß [illegible] Infektion folgende

[1] 7 Aborte. Mann Lues mit 24 [illegible]

Kinderzahl vorhanden: entweder hörten die Geburten überhaupt auf, oder es folgte noch ein Kind trotz jahrelanger Dauer der Ehe nach der Ansteckung. Dabei sind die Daten dieser Tabelle höchst beweiskräftig: In Fall 1, 5, 6, 7, 10 sind vor der Gonorrhoe des Mannes so viel Kinder da, wie überhaupt der Dauer der Ehe nach da sein können, dann kommt der Tripper, und plötzlich hören die Geburten ganz auf, oder nur noch ein Kind wird geboren. Hier ist die deletäre Wirkung der akuten Tripperinfektion unverkennbar (auf Ehefrauen, wie oben gezeigt, auf Kinderzahl, wie eben bewiesen).

Etwas milder gestaltet sich, wie erwartet, die Wirkung der gonorrhoischen Infektion des Mannes auf seine Nachkommenschaft, unter der Voraussetzung, daß die Frau gonorrhoisch unterleibsleidend wird, wenn der Tripper, bereits in ein chronisches Stadium getreten, in die Ehe gebracht wird.

Tabelle X.

Kranke Frauen **vor** der Ehe gonorrhoisch gewordener Männer.

		im 1. Hundert	im 2. Hundert	im 3. Hundert	in den 77 restierenden Fällen	Summa	
Anzahl der gesunden Frauen gonorrhoischer Männer		92	93	98	70	333	
Kranke Frauen gonorrhoischer Männer	Ehen mit 0 Kindern	4	7	1	3	15	
	„ „ 1 Kind	0	—	1	2	3	
	„ „ 2 Kindern	1	—	—	1	2	24
	„ „ 3 „	2	—	—	1	3	
	„ „ 4—10 „	1	—	—	—	1	
	Summa	100	100	100	77	377	

Von den 18 Null- und Einkinds-Ehen sind noch 2 in Abzug zu bringen, da in diesen 2 Fällen wegen zu kurzer Dauer der Ehe nicht mehr Kinder vorhanden sein können. Bleiben also 16 Ehen von 2 oder mehr Jahren Dauer mit keinem oder einem Kind, auf 24 gerechnet 66,67 %.

Der Rest, 33,33 %, läßt aber keinen Einfluß der chronischen Gonorrhoe des Mannes trotz Krankheit der Frau auf die Kinderzahl erkennen, die sich zwischen 2 und 4 bewegt. Immerhin sind die Zahlen noch hoch genug, und man kann den Satz ableiten: Kommt zu der chronischen Gonorrhoe des Mannes eine schwere gonorhoische Unterleibserkrankung der Frau, dann wird die Nachkommenschaft solcher Ehen [illegible] wesentlich, eben in 66,67 % davon, in Mitleidenschaft gezogen.

[illegible] steht es aber mit den Kinderzahlen in den weitaus meisten [illegible] rhoischer Männer, in denen die Frau angeblich gesund [illegible] Wir haben vorher bereits ausgeführt, daß bei dem Wesen

der gonorrhoischen Infektion der Frau diese häufig unbemerkt bleiben muß und durch Tabelle VIII, Kategorie A den direkten Nachweis erbracht, daß bei als gesund bezeichneten Frauen ein unleugbarer Zusammenhang zwischen männlicher Gonorrhoe und geringer Nachkommenschaft von 0 und 1 Kind besteht. So sind wir vielleicht von vornherein berechtigt, manche dieser Ehen mit gonorrhoischen Männern und gesunden Frauen als auch von der Frau aus gonorrhoisch infiziert zu betrachten und von dieser Möglichkeit aus einzelne Tatsachen der folgenden Tabelle zu erklären. Vorher sei bemerkt, daß wir noch 230 völlig gesunde Ehen haben, deren Kinderverhältnisse in der XII. Tabelle vereint sind.

Tabelle XI.

Gesunde Frauen **vor** der Ehe gonorrhoisch gewordener Männer (353 Fälle).

	im 1. Hundert	im 2. Hundert	im 3. Hundert	in den restierenden 53 Ehen	Gesamtzahl	in Prozenten	
Ehen mit 0 Kindern	27	30	31	14	102	28,87	48,42
„ „ 1 Kind	15	15	22	17	69	19,55	
„ „ 2 Kindern	13	15	24	18	70	19,83	
„ „ 3 „	9	15	7	8	39	11,05	
„ „ 4—10 „	26	16	13	11	66	20,70	
„ „ 11—20 „	2	2	1	2	7		
Summa	92	93	98	70	= 353	100 %	

Tabelle XII.

Gesunde Frauen gonorrhoisch **nicht** infizierter Männer (230 Fälle).

	Gesamtzahl	in Prozenten	
Ehen mit 0 Kindern	41	17,83	35,22
„ „ 1 Kind	40	17,39	
„ „ 2 Kindern	36	15,65	
„ „ 3 „	25	10,87	
„ „ 4—10 „	82	38,26	
„ „ 11—20 „	6		
Summa	230	100 %	

Zunächst stellen wir fest, daß die Sterilitäts- und Einkinds-Ehen recht stark vertreten sind, ferner fällt bei den einfachen Zahlenvergleichung der geringere Prozentsatz der ganz gesunden Ehen mit keinem oder einem Kind und der weit höhere dieser mit 4 bis 20 Kindern gegenüber den Ehen gonorrhoischer Männer auf. Nun müssen wir aber,

um zu einem etwaigen Resultat für die Einwirkung des Trippers zu kommen, alle anderen Ursachen ausschalten, die auf eine so geringe Nachkommenschaft von 0 oder 1 Kind von Einfluß sicher oder möglicherweise gewesen sind.

Diese Ursachen und Zahlen sind in den folgenden zwei Tabellen zusammengestellt.

Tabelle XIII.

Die 0-Kindsehen und 1-Kindsehen der Tabelle XI.

	Die 0-Kindsehen	Die 1-Kindsehen
Zu kurze Dauer	15	7
Absichtlich	3	3
Lues der Ehegatten . . .	15	7
Aborte	7	6
Sterilität des Mannes . .	3	1
Descensus uteri, Myome, Prolaps, Retroflexio usw.	4	1
Aus unbekannten Gründen	55 = 53,92 %	44 = 63,77 %
Summa	102	69

Tabelle XIV.

Die 0-Kindsehen und 1-Kindsehen der Tabelle XII.

	Die 0-Kindsehen	Die 1-Kindsehen
Zu kurze Dauer	8	8
Absichtlich	1	5
Lues der Ehegatten . .	3	2
Aborte	2	—
Sterilität des Mannes . .	1	—
Descensus uteri, Myome, Prolaps, Retroflexio usw.	8	1
Gonorrhoe der Frau! . .	1	—
Aus unbekannten Gründen	17 = 41,46 %	24 = 60 %
Summa	41	40

In Erbs Arbeit sind die Konsequenzen, die er aus den Ehen der gesund gebliebenen Frauen gonorrhoischer Männer mit einem oder keinem Kind zieht, nicht scharf präzisiert, ja er zieht eigentlich keine. Bei ihm werden vor allem die unbekannten Ursachen, für die er zum Teil ein Zuwenden geringer Aufmerksamkeit angibt, nicht diskutiert. Aber an sie allein muß man sich halten, wenn man irgend ein Resultat zutage fördern will.

Und da können wir auf Grund unserer Zahlen zuerst einmal feststellen, daß die Sterilitäts- und Einkinds-Ehen aus unbekannten Gründen dort in einem größeren Prozentsatz vertreten sind, wo der Mann vor der Ehe gonorrhoisch erkrankt war, als dort, wo er keine Tripperinfektion in die Ehe brachte. Das gibt vielleicht einen Anhaltspunkt, obwohl auch hier nicht ganz der Zufall auszuschließen ist, für die Annahme, daß eben manche der unbekannten Ursachen schließlich doch noch auf die Gonorrhöe des Mannes im letzten Grunde zurückzuführen ist. Darin hätten wir denn einen Einfluß der chronischen Gonorrhoe des Mannes.

Hier wäre nun besonders interessant zu wissen, ob in den Ehen gonorrhoischer Männer mit keinem oder einem Kind der Zeitabstand zwischen Tripperinfektion und Heirat geringer ist, und zwar bedeutend geringer als in denjenigen mit zwei oder mehr Kindern. Wir haben 55 solcher Sterilitäts-, 44 Einkinds-Ehen, aus unbekannten Gründen, Daten über den Zeitabstand sind in 31 + 26 = 57 Fällen gegeben worden. Zehn dieser Ehen (17,54 $^0/_0$) weisen 0 bis 1 Jahr Abstand zwischen Infektion und Heirat, die übrigen meistenteils einen solchen über drei Jahre auf.

Dem gegenüber stehen die Ehen mit zwei und mehr Kindern zum Vergleich. Hier sind 142 befragt und 20 Ehen (= 14,08 $^0/_0$) mit 0 bis 1 Jahr Zeitabstand gefunden worden. Immerhin also haben wir oben in denen mit keinem oder nur einem Kind prozentuarisch mehr Ehen mit nur einem Jahr Abstand zwischen Infektion und Heirat. Andererseits kann man sagen: trotzdem in 20 Fällen nur höchstens ein Jahr zwischen Gonorrhöe und Heirat verflossen war, ist erstere sichtlich auf die Kinder ohne Einfluß geblieben: In voller Übereinstimmung mit Erb können wir der chronisch gewordenen Gonorrhöe des Mannes keine Rolle, wenn es die Wirkung auf Nachkommenschaft gilt, zuerkennen.

Zusammenfassend können wir folgendes feststellen:

Wir haben die Berechtigung nachgewiesen, von der retrospektiven Methode, die Erb empfohlen hat, der Wahrheit möglichst nahekommende Resultate zu erwarten. Auf ihrer Basis ist ein Prozentsatz von 61,9 der Männer unseres Materials als mit Gonorrhöe infiziert gefunden worden. Schaltet man den diese Zahl stark beeinflussenden Faktor aus, daß das Material aus einer Poliklinik für Haut- und Geschlechtskranke entnommen wurde, so bleiben **50,3** $^0/_0$, eine Zahl, die etwa den Tripperkranken der großen Masse der niederen Bevölkerungsschicht entspräche. Davon werden die meisten, 77 $^0/_0$, bis zum 25. Jahr infiziert, doch bleibt eine nicht unbeträchtliche Zahl, 23 $^0/_0$, von denen, die nach diesem Alter erst Gonorrhöe akquirieren, eine Tatsache, die auf das Großstadtmaterial zu beziehen ist.

Für die Konstatierung des Einflusses der männlichen Gonorrhoe auf Gesundheit der Frauen und Kinderzahl leistet die retrospektive Methode

nicht so viel, im Gegenteil, haben wir ihre Unzuverlässigkeit dargetan. Doch konnten wir vor allem den Befund erheben, daß der Tripper, wird er akut übertragen, in 14,12 % sicher und noch in 13 % mit hoher Wahrscheinlichkeit, wie aus den Verhältnissen der Kinderzahlen erschlossen, eine verhängnisvolle Wirkung auf Ehefrauen und Nachkommenschaft ausübt.

Die Gonorrhoe dagegen, im chronischen Stadium in die Ehe gebracht, ist weniger gefährlich; hier werden nur 6,37 % der Ehefrauen in Mitleidenschaft gezogen und davon nur 3,98 % mit Sicherheit. Trotzdem stellt auch dieser Prozentsatz bei der überaus großen Anzahl der jährlichen Ehen[1], von denen ja die Hälfte gonorrhoisch ist, eine ziemlich hohe Ziffer derjenigen, die stark unter der Gonorrhoe zu leiden haben.

Was insbesondere die Kinderzahlen betrifft, so ist das Ausschlaggebende die Erkrankung, und zwar die schwere Unterleibserkrankung, der Frau. In diesen Fällen ist in der überaus großen Mehrzahl die Ehe steril, oder jene „Einkindsehe“, die Lesser mit vollem Recht den Typus der Ehen genannt hat, die unter dem Einfluß der Trippererkrankungen stehen.

Man darf aber auf der anderen Seite nicht vernachlässigen, daß die Ehen gonorrhoischer Männer mit gesunden Frauen viele Null- und Einkindsehen aufweisen, deren Ursachen nicht bekannt sind. Hier ist die Möglichkeit zuzugeben, daß auch manche von diesen schließlich ihre letzte Erklärung in der Gonorrhoe finden dürften (u. a. bei Sterilität des Mannes, doppelseitige Epidydimitis, chronische Harnröhrenerkrankung usw. usw.), manche auch wohl in der Gonorrhoe der Frau (s. Tabelle XIV), die sie mit in die Ehe brachte, dies letztere aber liegt nicht im Rahmen unseres Themas.

Gegenüber Erb haben wir eine größere Anzahl von durch Tripper beeinflußten Ehen gefunden. So kommen wir zu dem begründeten Schlußwort, daß die Gonorrhöe des Mannes für die Ehe eine ernste Gefahr bedeutet, und auf ihre Ausheilung das größte Gewicht zu legen ist, daß aber die krassen Gerüchte über ihre Häufigkeit und Untergrabung des ehelichen Lebens, die auch zu Ausschlachtungen im öffentlichen Leben Anlaß geben, nicht zu Recht bestehen.

II. Referate.

Allgemeine Pathologie und Therapie.

1) **Zur Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten mit Bierscher Stauung,** von M. Oppenheim. (Wiener med. Presse. 1907. Nr. 19.)

---

[1] Kopp gibt an, daß im Jahre 1891 im Deutschen Reiche allein 400000 Ehen geschlossen wurden.

Auf Grund von in der Fingerschen Klinik ausgeführten Experimenten kommt Verf. zu der Überzeugung, daß bei allen akuten eitrigen Infektionen der Haut, wie Furunkeln, Abscessen usw. die Stauungsbehandlung nach Bier gute Dienste leistet. Wärmstens kann sie außerdem empfohlen werden bei der Arthritis gonorrhoica und den Ulcera gummosa cruris. J.

2) **Die allgemeine Therapie der Hautkrankheiten. Fortbildungsvortrag,** von Max Joseph. (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 19.)

In gedrängter, aber inhaltsreicher Form legt der Verf. die Grundzüge der allgemeinen Hauttherapie dar, indem er über Bäder, Seifen, Salben, Pasten, Leime, Schüttelmixturen und ihre Anwendung bei den einzelnen Dermatosen berichtet.

Schourp-Danzig.

3) **Neue Studien über die Hornsubstanz,** von P. G. Unna und Lazar Golodetz. (Monatsh. f. prakt. Dermatologie. XLIV. Nr. 8 u. 9.)

Nach einer Übersicht der wichtigsten chemischen Angaben über Hornsubstanz in der Literatur berichten die Verff. von ihren Untersuchungen tierischer Hornsubstanzen mittels Pepsinsäure und rauchender Salpetersäure. Danach sind die Hornsubstanzen keine chemisch und anatomisch einheitlichen Stoffe, sondern bestehen aus ungleichartigen Teilen, welche sich gegen Verdauungs- Lösungs- und Färbmittel verschieden verhalten. Die bisherigen Elementaranalysen sind an einem Material ausgeführt, welches nachweislich fremde, jedenfalls nicht zum Keratin gehörende Beimengungen (Kernreste, Hyalin) enthalten hat. Hieraus läßt sich die auffallend geringe Übereinstimmung der bisher gewonnenen elementaranalytischen Daten erklären. Die rauchende Salpetersäure stellt ein Mittel dar, welches bei kurzer Einwirkung die einzelnen Bestandteile der Hornsubstanz mikroskopisch differenziert und bei langer Einwirkung das reinste Keratin isoliert. Es lassen sich mit Hilfe der rauchenden Salpetersäure drei Arten des Keratin unterscheiden: Keratin A, charakterisiert durch Unverdaulichkeit in Pepsinsalzsäure und rauchender Salpetersäure und durch das Ausbleiben der Xanthoproteïnalkalireaktion (Gelbfärbung); Keratin B, charakterisiert durch Unverdaulichkeit in Pepsinsalzsäure, Verdaulichkeit in rauchender Salpetersäure und Auftreten der Xanthoproteïn-Alkalireaktion; Keratin C, charakterisiert durch Unverdaulichkeit in Pepsinsalzsäure und rauchender Salpetersäure und Auftreten der Xanthoproteïn-Alkalireaktion. Mit Hilfe dieser Reaktion ordnen sich die Hornsubstanzen folgendermaßen: Nägel, Klauen, Hufe, Hörner enthalten Keratin A und B; Haare enthalten Keratin A und C. Federn enthalten zum Teil Keratin A, zum Teil Keratin A und C; Fischbein und Schildpatt enthalten stellenweise Keratin A und B, stellenweise Keratin C; Das Keratin A, das reinste Keratin ist in allen Horngebilden der Außenwelt am nächsten gelegen. Von den Keratinen B und C rühren Gase her, welche bei der Einwirkung von rauchender Salpetersäure auf die meisten Hornsubstanzen entstehen, unter anderen Kohlensäure und vielleicht Schwefeldioxyd. Die widerstandsfähigste Beimengung der Hornsubstanzen liefern die Kernreste, welche von den stärksten Alkalien und Säuren in der Kälte nicht angegriffen werden.

Schourp-Danzig.

4) **Efficacité des sels du calcium dans le traitement de l'urticaire, de l'oedème aigu, des engelures et du prurit,** par A. Netter. (Interprétation des résultats. Compt. rend. h. sé. Soc. Biol. 1907. Nr. 10.)

Verf., der auf die Empfehlung von A. E. Wright hier das Chlorcalcium bei Behandlung der Urticaria mit Erfolg angewandt hatte, berichtet nun über

nicht weniger befriedigende Wirkungen dieser Medikation bei Therapie der akuten Ödeme und der Erfrierungen. Nach Wright ist die Urticaria die direkte Folge der Verminderung der Blutgerinnbarkeit, und aus diesem Grunde muß dann eben der Gehalt des Blutes an Calcium erhöht werden. Hierzu kommt aber noch die antitoxische Wirkung des Calcium Ion gegenüber dem Sodium Ion und den übrigen die Urticaria hervorrufenden toxischen Substanzen. Die Calciumsalze beeinflussen übrigens durch Unterdrückung der Eruption auch das Hautjucken sehr günstig, wie sie ja schon vor Jahren durch Savill mit Recht als eines der besten Heilmittel gegen den Pruritus essentialis empfohlen wurden.

Solger-Neiße.

5) **Note préliminaire sur l'importance du grattage à la curette pour le diagnostic de certaines dermatoses,** par Brocq. (Annales de dermatologie. 1907. Nr. 5.)

Verf. hat die bei Psoriasis allbekannte Kratzprobe bei einer Anzahl von Dermatosen als diagnostische Methode angewendet. Statt des Nagels wendet er einen nach seinen Angaben modifizierten scharfen Löffel an, der schreibfederartig, ohne Gewalt benutzt wird. Die Untersuchung erstreckt sich zunächst auf die Beschaffenheit der abgekratzten Schuppen, auf das Vorhandensein von Serum, von nicht sichtbaren intraepidermoidalen Bläschen. Verf. meint, daß die Kratzprozedur bis zu einem gewissen Grade die histologische Untersuchung ersetzt. Man muß untersuchen, welchen Widerstand die Haut bietet und daß Blutungen leichter entstehen als auf gesunder Haut, ebenso Purpura. Sodann gibt Verf. die Resultate bei der Kratzprobe bei den einzelnen Dermatosen. Die Psoriasis ergibt 1) perlmutterglänzende Schuppen, 2) ein Häutchen, das in Lamellen abhebbar ist, 3) eine rote Fläche, aus der Serum quillt, 4) freilich bei neuerlichem Kratzen eine Blutung. Als charakteristisch betrachtet Verf. das feine Häutchen. Bei der Parapsoriasis (Brocq) zeigt sich bei der Kratzprobe eine mehr oder minder abundante Purpura. Bei den trockenen psoriasiformen Parakeratosen entsteht eine Mischung von Purpura und Hämorrhagien; das für die Psoriasis so charakteristische Häutchen fehlt. Bei den psoriasiformen Parakeratosen mit Tendenz zur Blasenbildung findet man keine kuppelförmigen Depressionen, die mikroskopisch kleinen Bläschen, außerdem Purpura. Bei der psoriasiformen Art der „Dermatose figurée medio-thoracique" entstehen leicht punktförmige Blutungen. Bei den gewöhnlichen Formen dieser Dermatose erhält man leicht Purpura und Austreten einiger Tropfen Serum. Dieselben Ergebnisse liefert die Pityriasis rosea Gibert. Der Lichen planus ergibt Turgescenz der Papeln, Purpura am Rande der Knötchen, manchmal eine Abhebung der Epidermis vom Papillenkörper. Beim Lupus erythematosus findet sich starke Adhärenz der Schuppen, leichte Entstehung von Hämorrhagien. Die papulosquamösen Syphilide ergaben zuerst leichte Purpura, darunter das Aussehen einer Neubildung. Verf. weist zum Schlusse nochmals auf die diagnostische Wichtigkeit der Kratzprobe hin.

Raff-Augsburg.

6) **Some statistics of indigestion in dermatological patients,** by Charles J. White. (Boston med. and surg. journ. 1907. Februar.)

Aus der Statistik des Verf.'s geht hervor, daß über die Hälfte seiner Hautkranken an Magenverstimmungen litten, und zwar 52 % der Männer gegen 65 % der Frauen. Der Rasse nach verteilten sich die Magenerkrankungen auf 62 % Amerikaner, 57 % Irrländer und 55 % russische oder polnische Juden. Diese Dyspepsien, welche sich meist in Aufstoßen, Magendrücken

oder Magenschmerzen äußerten fanden sich bei gleichzeitigem Ekzem, Akne, Pruritus, Seborrhoe und Urticaria. J.

7) **Über Streptokokkenerytheme und ihre Beziehungen zum Scharlach,** von Gabritschewsky. (Berliner klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 18.)

Verf. kommt auf Grund seiner Beobachtungen zu folgenden Schlußfolgerungen: 1) Die Streptokokken sind imstande, bei septischen Infektionsformen scharlachähnliche Erytheme und Exantheme zu erzeugen. 2) Aus Scharlachstreptokokken zubereitete Vaccinen können scharlachähnliche Erytheme und Exantheme hervorrufen. 3) Die punktförmigen Erytheme und Exantheme bei Scharlach, Skarlatinoid und Streptokokkenvakzinen können den Toxikodermien infektiöser Herkunft zugezählt werden und in pathogenetischer Hinsicht als identisch betrachtet werden. 4) Die Tatsache, daß bei Menschen unter dem Einfluß der Scharlachstreptokokkenvakzine punktförmige Ausschläge mit sämtlichen anderen dem Scharlach eigenen Symptomen auftreten, repräsentiert einen wesentlichen entscheidenden Faktor zugunsten einer Anerkennung des Streptokokkus als spezifischen Scharlacherreger. 5) Dies Faktum liefert auch eine neue Basis für die praktische Verwendung der Serumtherapie bei Scharlach und die Streptokokkenvakzination gegen den Grundprozeß beim Scharlach und gegen die Komplikationen. Lengefeld-Brandenburg a/H.

8) **Über Schweißfriesel vom anatomischen, ätiologischen und epidemiologischen Standpunkte,** von A. Weichselbaum. (Zeitschrift f. klin. Medizin. LXII. 1907.)

Im Lande Krain, welches besonders stark von den Schweißfrieseln heimgesucht wird, konnte Verf. während dreier Epidemien eingehende Studien über diese Erkrankung machen, deren Ergebnisse er folgendermaßen zusammenfaßt: Bodenbeschaffenheit, Jahreszeit und Witterung üben nicht den von einigen vermuteten Einfluß auf die Erkrankung aus. Sowohl das epidemiologische Verhalten, wie das ausgeprägte klinische Bild und der pathologischanatomische Befund kennzeichnen den Schweißfriesel als eine Krankheitsform sui generis, wenn auch Verwechslungen mit anderen Affektionen (Scharlach, Masern, Röteln) vorkommen können. In zweifelhaften Fällen kann nur die Sektion die Entscheidung ermöglichen. Das an Schweißfrieselleichen so rasch auftretende und als charakteristisch bezeichnete Emphysem der Haut und anderer Gewebe kommt auf Rechnung des Fränkel-Welchschen Bacillus, welcher post mortem rasch in das Blut und verschiedene Organe überwandert und sich dort vermehrt. Der Frieselausschlag, gleichviel ob er in Form von Knötchen oder von Bläschen mit wasserhellem oder milchigem Inhalte auftritt, ist niemals durch Schweißsekretion bedingt, sondern stets eine entzündliche Veränderung. Verschleppung und Kontagiosität treten nicht auffällig hervor, können aber doch nicht abgesprochen werden. Innerhalb einer gewissen Altersperiode ist das weibliche Geschlecht mehr wie das männliche für die Erkrankung disponiert, wobei möglicherweise Menstruation und Wochenbett eine Rolle spielen. Doch muß ein öfters im Wochenbett erscheinender Frieselausschlag (Miliaria) streng von dem Schweißfriesel (Febris miliaris) unterschieden werden. J.

9) **Über Ätiologie und Prophylaxe der Chlorakne,** von Friedrich Holtzmann. (Deutsche Vierteljahrschrift für öffentl. Gesundheitspflege. 1907.)

Durch seine Fabrikinspektionen hat Verf. große Erfahrung über die in chemischen Fabriken auftretende Gewerbekrankheit der Chlorakne gewonnen. Er betont zuerst, daß diese Akne nicht etwa durch Einatmung, sondern durch

rein äußerliche Hautreizung zustande käme. Überall, wo lange geschlossene Behälter, in denen chlorierte Produkte bei hoher Temperatur enthalten sind und Umsetzungen eingehen können, geöffnet werden, zeigt sich die gleiche Schädlichkeit, also beim Auseinandernehmen von Zersetzungstürmen, beim Reinigen der „Zellen“ usw. Den Krankheitserreger sieht Verf. in einem chlorierten Produkt, welches in der Wärme der Zellen oder Türme entsteht, sich beim Abkühlen zu dem Schlamme der Anoden oder in den Schalen gesellt. Bei tieferen Temperaturen sinkt die Zahl der Erkrankungen, ebenso wenn man die Türme vor dem Auspacken abkühlen läßt und durchspült. Freies Chlor ist sicher nicht anzuschuldigen. Während sonst der Akne Brennen, Jucken, Rötung und Schwellung vorangeht, tritt dieselbe in elektrolytischen Betrieben allmählicher ohne diese Entzündung auf. Zur Prophylaxe empfiehlt Verf. neben der Abkühlung der Türme und Zellen und kurzer Arbeitszeit bei gefährlichen Beschäftigungen eine entsprechende Kleidung, die ineinander übergehend überall anschließt, waschbar ist und durch Watteeinlagen jede Reibung vermeidet. Auch die Hände müssen mit undurchlässigen mit den Ärmeln verbundenen Handschuhen, die Kopfhaut mit einer über die Ohren reichenden Mütze bedeckt sein. Der freie Teil des Gesichtes und Halses werde mit Vaseline überstrichen. Man warne vor Berührung des Gesichtes und Urinierens während der Arbeit. Nach der Arbeit sollen die Arbeiter baden, sich umkleiden, die Arbeitskleider müssen gewaschen und gut getrocknet werden. Verf. erwähnt ferner die Erkrankung eines Kindes, welches auf dem Arbeitskittel seines Vaters schlief, an Chlorakne. J.

10) **Sur un nouveau cas de dyskératose pseudofolliculaire de Darier,** par Constantin et Levrat. (Annales de dermatologie. 1907. Nr. 5.)

Die Verff. berschreiben einen neuen Fall der Darierschen Dermatose mit besonders genauer histologischer Untersuchung. Die Details müssen im Original nachgelesen werden. Raff-Augsburg.

11) **Pemphigus vegetans. Report of a case, with a review of the subject,** by Winfield. (Journ. of cutan. dis. 1907. Februar.)

Verf. bringt 58 in der Literatur beschriebene Fälle in Zusammenhang mit dem seinigen und kommt zu folgenden Schlüssen: 1) Einige der beschriebenen Fälle sind kein echter Pemphigus vegetans. 2) Pemphigus vegetans ist eine Krankheit für sich, ätiologisch nicht mit dem Pemphigus vulgaris oder foliaceus verwandt. 3) Die Krankheit ist ansteckend und nimmt einen bestimmten Verlauf. 4) Der Erreger ist nicht bekannt. 5) Die Eintrittsstelle ist an Übergängen der Schleimhaut oder an verletzter Haut. 6) Die Nierenveränderungen dabei sind sekundär. Oulmann-New-York.

12) **Zur Kasuistik der Hypotrichosis congenita familiaris,** von Th. Baer. (Arch. f. Dermatol. u. Syphilis. LXXXIV. 1907. S. 15. Neisser-Festschr.)

Vier von gesunden Eltern stammende Geschwister zeigen das typische Bild der angeborenen familiären Hypotrichose. Die primäre Anlage des Haarwachstums war in 3 Fällen unzweifelhaft vorhanden, beim 4. Fall ist anzunehmen, daß dieselbe bestanden hat, aber ante partum abgestoßen wurde. Später erfolgte völliger Haarausfall ohne bleibende neue Haarbildung. Irgend welche andere Hautveränderung war klinisch nicht nachzuweisen. Erwähnt sei die Tatsache, daß die Eltern verwandt (Geschwisterkinder) waren.

V. Lion-Mannheim.

13) **Ein schwerer Fall von Morbus Raynaud,** von Ed. Arning. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. LXXXIV. 1907. S. 3. Neisser-Festschrift.)

Verf. beobachtete einen schweren Fall von Morbus Raynaud in einer Familie, in der von 5 Kindern 2 Schwestern von Kindheit auf gleich schwer erkrankt waren. Eine Gelegenheitsursache der Erkrankung war nicht aufzufinden; der Blutbefund normal. Wichtig sind die gemachten Röntgenaufnahmen, die im Gegensatz zur Leprahand den Verlust der distalen Metacarpusgelenkköpfchen zeigen, bei totalem Verlust der zweiten und dritten Phalangen und nur der distalen Epiphysen der Grundphalangen. Therapeutisch wurde relativ viel erreicht durch gründliche Reinigung des Darmes durch hohe Einläufe, Purgantien und Desinfizientien zur Beseitigung von sich dort eventuell bildenden autotoxischen Körpern und vor allem durch systematische, langdauernde Anwendung der Bierschen Stauungshyperämie, die auch in zwei weiteren Fällen von Raynaudscher Krankheit beste Erfolge erzielte.

V. Lion-Mannheim.

14) **Beiträge zur Kenntnis der Atrophodermien,** von S. C. Beck. (Monatshefte f. prakt. Dermatologie. XLIV. Nr. 10.)

Nach einem Rückblick über die Literatur veröffentlicht Verf. die Krankheitsgeschichte eines 23jährigen Mädchens, aus der das klinische Bild und der histologische Befund den pathologischen Verlauf der Atrophia maculosa cutis feststellen lassen. Das erste Zeichen der Veränderung ist ein kleiner roter Fleck bzw. eine kleine Papel, der histologisch eine in der subpapillären und mittleren Kutisschicht beginnende und allmählich gegen die Hautoberfläche sich ausdehnende mäßige Entzündung entspricht. Diese ist durch eine um die Gefäße herum beginnende und von hier aus fortschreitende zellige Infiltration, mäßige seröse Exsudation und Zunahme der fixen Bindegewebszellen charakterisiert. Am ausgesprochensten sind die entzündlichen Erscheinungen in dem die Follikel umgebenden Bindegewebe, und wahrscheinlich bilden diese den Ausgangspunkt der Erkrankung. Der Entzündung folgt der Schwund der elastischen Fasern. Im weiteren Verlaufe der Veränderung wird das entzündliche Infiltrat und Exsudat resorbiert, der Schwund der elastischen Fasern aber bleibt bestehen, und so entwickelt sich der atrophische Fleck, das letzte Stadium und die charakteristische Erscheinungsform der Krankheit. Von den in der Literatur beschriebenen Fällen weicht der hier beschriebene in bezug auf die Lokalisation ab, insofern als die atrophischen Flecken am Gesicht, am Nacken und auf Brust und Rücken aufgetreten sind; ferner unterscheidet er sich durch die Intensität des entzündlichen Anfangsstadiums, welches in den anderen Fällen klinisch geringer gewesen zu sein scheint. Von den verschiedenen nutzlos versuchten äußeren Behandlungsarten ist bemerkenswert, daß der Verlauf der Krankheit durch äußerliche Jodtinkturanwendung mit gleichzeitiger innerer Darreichung von Chinin beschleunigt schien.

Schourp-Danzig.

Entzündliche Dermatosen.

15) **Hydroa vacciniformis (Bazin),** von Wolters. (Dermatolog. Zeitschrift. 1907. Mai.)

Verf. hat in den letzten Jahren Gelegenheit gehabt, zwei Fälle von Hydroa vacciniformis zu beobachten, von denen der hier veröffentlichte der vesico-bullösen Form angehörte. Daß eine Nekrose des Epithels direkt durch Lichteinwirkung herbeigeführt werden kann, ist durch zahlreiche, zu therapeutischen oder experimentellen Zwecken vorgenommene Betrachtungen er-

wiesen; mit den epithelialen Veränderungen gehen aber immer mehr oder minder schwere Gefäßschädigungen einher. Diese Gefäßstörungen können aber von vorübergehenden Lähmungen anfangend bis zur Trombose und Obliteration alle Stufen durchlaufen, und damit mehr oder weniger starke Exsudation, Ödem mit zunehmendem Zellgehalte und spätere reaktive, demarkierende Entzündung bedingen, je nach der Schwere der Gefäßläsion. Die schwersten Formen aber, welche die Blutzufuhr unterbrechen und die Gewebsernährung aufheben, sind es, welche die Bindegewebsnekrose bedingen. Die Gefäßschädigungen sind demnach das primäre, die Nekrose das sekundäre Symptom, und ihm schließt sich die reaktive Entzündung an. Die ganze Gruppe der Hydroa aestivalis gehört auch nach Verf.'s Auffassung in die größere der Crockerschen Sommereruption hinein, als eine durch das gleiche Moment veranlaßte, abgeschlossene Krankheitsgruppe. Immerwahr-Berlin.

16) **Über die neuesten Heilmittel gegen Erysipel,** von A. Rose. (Therapeutische Monatshefte. 1907. Nr. 6.)

Mitteilung von 2 Fällen von Erysipel, bei welchen der Verf. durch permanente, warme Bäder schnellsten Erfolg erzielte. Er sieht in dem permanenten, warmen Bade einen Hautreiz, der die vasomotorischen Nerven so beeinflußt, daß es zu Gefäßdilatation kommt. Die erweiterten Gefäße bedingen Beschleunigung der Zirkulation, von den im Bade befindlichen Teilen werden die Produkte der Infektion und Entzündung fortgeschwemmt und durch den allgemeinen Blutkreislauf eliminiert. Schourp-Danzig.

17) **Pittylenseife gegen Urticaria,** von Heinrich Berger. (Therapeut. Monatshefte. 1907. Nr. 6.)

Verf. sah überraschenden Erfolg von der Anwendung von Pittylenkaliseife bei Urticaria; es hörte das Jucken nach der Einseifung sofort auf; die Quaddeln traten in geringerer Ausdehnung auf; die lästige Krankheit war in kurzer Zeit gehoben. Schourp-Danzig.

18) **Jessners dermatologische Vorträge für Praktiker.** Heft 7: **Die ambulante Behandlung der Unterschenkelgeschwüre.** (3. Aufl. Würzburg 1907, Stuber. 0,90 Mk.)

Allein das Vorliegen einer 3. Auflage dieses Heftes beweist schon, welche Anerkennung diese Bearbeitung in den Kreisen der praktischen Ärzte gefunden hat. In der Tat wird sich der Praktiker leicht über die einschlägigen Methoden orientieren und dadurch viel zur schnelleren Heilung dieser oft recht lästigen Affektion beitragen. J.

19) **Jessners dermatologische Vorträge für Praktiker.** Heft 18: **Kokkogene Hautleiden (Furunkel, Erysipel usw.).** (Würzburg 1907, Stuber. 1,80 Mk.)

Unter kokkogenen Hautleiden versteht Verf. die Impetigo, Folliculitis, Furunkel, Karbunkel, Erysipel, Erysipeloid, Lymphangitis und Phlegmone. Auch hier wird, wie schon in früheren Vorträgen, der Arzt alles erwähnt finden, was praktisch für ihn von Bedeutung sein kann. J.

20) **Veronal-Dermatitis,** by Duncan Bulcley. (Journ. of the Amer. Med. Association. 1907. Juni.)

Eine erythematös-papulöse Dermatitis, welche einem Ohnmachtsanfall folgte und mit Brennen, Jucken und schlechtem Allgemeinbefinden einherging, wurde als die Wirkung mehrfachen Veronalgebrauches festgestellt. Fortlassen des Mittels und leichtes Abführen beseitigten die Intoxikation schnell. J.

Progressive Ernährungsstörungen der Haut.

21) **Ein Fall von sogen. Adenoma sebaceum,** von Franz Krzysztalowicz. (Monatsh. f. prakt. Dermatologie. XLV. Nr. 1.)

Bei einem 26jährigen Manne bestehen an der Haut der Nase, der Oberlippe, der Wangen und am Kinn zahlreiche Knötchen von Nadelkopf- bis Hirsekorngröße. Die sie bedeckende Haut sieht fast normal aus; an einigen Knötchen beobachtet man Teleangiektasien und gelblich pigmentierte Stellen und kleine Punkte auf dem Gipfel, welche dilatierte Mündungen der Talgdrüsen zu sein scheinen. Die Knötchen sind genau von der Umgebung abgegrenzt und an einigen Stellen dicht aneinander zusammengedrängt. Sie sind ziemlich symmetrisch in der Gesichtshaut lokalisiert, von ovaler Form und glatter Oberfläche und harter Konsistenz. Aus der histologischen Untersuchung von exzidierten Knötchen geht hervor, daß die Gewebsveränderungen nicht ein einziges Gewebselement, sondern sowohl die Talgdrüsen, wie auch die Gefäße, das Pigment und das Gerüst der eigentlichen Haut, endlich das Epithel betreffen. Da im vorliegenden Falle die Talgdrüsenabnormität fast keine Rolle spielt, hält Verf. die Bezeichnung Adenoma sebaceum für unzutreffend und rechnet diesen Krankheitsprozeß der Naevusgruppe zu, wie es diejenigen Autoren tun, welche annehmen, daß dieser Prozeß im pathogenetischen Sinne auf der Proliferation der verschiedenen Gewebe und Organe der Haut in verschiedener Kombination beruht; Verf. schlägt vor, die Hautabnormität mit der Benennung Morbus Pringle, nach Pringle, welcher das von Balzer Adénome sébacé genannte Leiden als eine durch gewisse Merkmale genau charakterisierte Krankheit sui generis darstellte, zu bezeichnen.

Schourp-Danzig.

22) **Über einen Fall von angio-cavernösem Myom der Haut,** von A. Pasini. (Monatsh. f. prakt, Dermatologie. XLIV. Nr. 12.)

Bei einem normal geborenen Kinde traten wenige Tage nach der Geburt am linken Bein vier Knötchen auf, welche nach vier Wochen die Größe einer Erbse erreichten und dann unverändert blieben, bis im zehnten Lebensmonat sich um eines der Knötchen eine Indurationszone bildete. Die Konsistenz war teigig, das Bein wurde ödematös und von wachsweißer Färbung. Die histologische Untersuchung des Knötchens ergab, daß die Neubildung hauptsächlich aus glatten Muskelfasern zusammengesetzt ist, daß diese im Zentrum der Geschwulst mit Blut angefüllte Räume und dilatierte Gefäße enthalten; in der Peripherie vermischen sie sich mit collagenen Fasern, Bindegewebszellen und ab und zu mit Ausführungsgängen von Knäueldrüsen. Um für die Geschwulst eine verständliche Bezeichnung zu wählen, die ihre Grundelemente und die besondere Beteiligung des Gefäßsystems hervorheben soll, gab ihr Verf. den Namen Myoma angio-cavernosum. Bezüglich der Abstammung der kleinen Tumoren teilt Verf. die Ansicht Krzysztalowicz, daß diese nicht vom glatten Muskelgewebe abstammen, welches normalerweise in der Haut existiert, sondern daß sie von Keimen herrühren, welche, bereits vorgebildet, bei der Geburt in der Tiefe der Haut bestehen und dann nach der Geburt einen Anstoß zu ihrer weiteren Entwicklung erfahren haben. Von den vorgeschlagenen Klassifikationen der Hautmyome modifiziert Verf. die von Neumann, indem er an Stelle der kavernösen Myome die allgemeinere Bezeichnung „vaskuläre Myome“ vorschlägt. Danach lautet des Verf. neue Einteilung: I. Reines muskuläres Myom: a) infolge von Hyperplasie der

glatten Muskelfasern der Cutis, b) aus aberrierenden embryonalen Keimen entstanden. II. Vaskuläres Myom: a) Angiomyom, durch Proliferation der Muscularis der Gefäße, b) Myoma angio-cavernosum, durch Verschmelzung einer Varietät des reinen kavernösen Myoms mit Gefäßdilatationen und Bildung von Blutspalten. Schourp-Danzig.

23) **Die Botryomykose.** Zusammenfassendes Referat von Franz v. Krzysztalowicz. (Monatsh. f. prakt. Dermatologie. XLIV. Nr. 12.)

Bei dem Menschen gibt es eine besondere Krankheit, welche sich durch Entstehen von gutartigen gestielten Geschwülsten charakterisiert und die mit der Botryomykose der Tiere viel Ähnlichkeit besitzt. Bezüglich der Ätiologie dieser beiden Krankheitstypen, bei Menschen und Tieren, ist es zur Zeit noch nicht möglich, mit Sicherheit das letzte Wort darüber zu sprechen, es ist aber sehr wahrscheinlich, daß die tierische wie menschliche Botryomykose durch den Staphylococcus pyogenes aureus hervorgerufen wird. Es läßt sich wohl annehmen, daß dieser Mikroorganismus in seiner pathologischen Tätigkeit in irgendeiner Weise modifiziert wird und daß in diesen Fällen der Boden — die Haut — durch seine besonderen Eigenschaften auf die Art der Entstehung und die Form der Krankheitserscheinungen Einfluß ausübt. Als Synonyma für die Botryomykose humaine kann die rein anatomische Bezeichnung gutartige gestielte Granulationgeschwülste, Granuloma pediculatum benignum, oder der Name Staphylococcosis cutis gelten. Von einer Therapie dieser Neubildungen kann nur insofern die Rede sein, als sie mit dem Messer entfernt wurden. Schourp-Danzig.

24) **Diffuse Hyperkeratose der Schleimhaut von Mund und Kehlkopf,** von F. R. Nager. (Corresp.-Bl. f. Schweizer Ärzte. 1907. 1. Juni.)

Die 19 jährige Patientin zeigt am Körper das Bild einer atypischen Ichthyosis, bei der alle typischen Hautveränderungen vorhanden sind, aber die sonst frei bleibenden Partien, Ellenbogen- und Kniebeuge, Hohlhand und Schleimhäute mit ergriffen sind. Die Schleimhautaffektion, die das größte Interesse erregt, betrifft die Innenseite der Lippen und Wangen, das Zahnfleisch, die Zunge, den Mundboden, den harten und weichen Gaumen, Uvula, Tonsillen, Hypopharynx, Epiglottis, Arygegend und Stimmbänder. Sie besteht aus mehr oder weniger konfluierenden, blassen, derben Schleimhautbezirken. Mikroskopischer Befund: unregelmäßige Wucherung der Papillarschicht, verbunden mit abnormer und vermehrter Hornbildung. Es handelt sich wohl um eine der Ichthyosis nahestehende hereditäre Hyperkeratose der Körperoberfläche mit einer wohl noch nicht beobachteten Mitbeteiligung der Schleimhäute. Paul Oppler-Breslau.

25) **Ein Fall von Hidrocystom,** von Moritz Schein. (Pester med.-chirurg. Presse. 1907. Nr. 5.)

Eigentümlich ist, daß sowohl der hier berichtete als die meisten aus der Literatur bekannten Fälle von Hidrocystom Frauen betrafen. Die 35 jährige Patientin litt im Sommer an starkem Schweiß, infolgedessen weiße Erhöhungen und Blasen entstanden, welche im Winter verschwanden, aber jeden folgenden Sommer in vermehrter Zahl wiederkehrten. Die Decke der Blasen war gespannt, die darin enthaltene Flüssigkeit reagierte sauer, nicht alkalisch wie Trans- oder Exsudate, und ergab ferner eine positive Eiweißreaktion. Es erwies sich zweifellos, daß es sich um Retentionscysten der Schweißdrüsen handelte, deren Grund nicht hyperämisch war und von Epidermis gebildet wurde. Neben den Cysten bestanden die kleinen, weißen, blutlosen Erhebungen

aus verhorntem Epithel, sowie Übergängen von beiden Formen. Waschungen mit 1 $^0/_0$ Naphtholalkohol bewirkten Besserung der Hyperidrosis und Verschwinden der Blasen. J.

26) **Primärer Lupus der Schleimhäute,** von J. Poras. (Archiv f. Laryngologie. XIX. 1907.)

Bei einem 13 jährigen anämischen Mädchen, zwar ohne hereditäre Belastung, aber mit skrophulösem Habitus, bestand ein überaus chronisch verlaufender Krankheitsprozeß an den Schleimhäuten der Nase, des Rachens und des Kehlkopfeingangs. Kleine knötchenartige Bildungen und größere feste Infiltrate saßen in der Nase und an der Tonsille, in der Nase entwickelten sich kleine Geschwüre, über dem rechten Aryknorpel größere seichte Geschwüre, Narbenstränge mit frischen Infiltraten folgten. Die Erfolglosigkeit einer Jodkalikur ließ Lues ausschließen, die mehrfach vorhandenen Riesenzellen, allerdings ohne Tuberkelbefund, ließ einen Lupus der Schleimhäute vermuten. Eine bisher rezidivlose (6 Monate) Heilung trat ein nach Entfernung der tuberkulösen Granulome, Kürettierung der Infiltrate, Ätzung mit Milchsäure der kürettierten und verdächtigen Stellen. Nach 6 wöchentlicher Behandlung waren alle erkrankten Stellen vernarbt und keine neuen Exkrescenzen erschienen. J.

27) **Extensive multiple Keloide,** von Maximilian Herzog. (Journ. of the Amer. Med. Association. Juni 1907.)

Verf. berichtet nach eingehender Literaturübersicht der einschlägigen Fälle über 3 chinesische Patienten, welche Keloide in überaus großer Zahl und über weite Strecken verbreitet aufwiesen. Dieselben waren auf den Einstichstellen von Morphiuminjektionen entstanden. Die Struktur war die für Keloide charakteristische. In dem Fehlen oder Vorhandensein der Papillen bei den beiden Keloidtypen kann Verf. kein sicheres Unterscheidungsmerkmal sehen, da Übergangsformen dieser beiden Bilder nicht selten sind. J.

Syphilis.

28) **Ein Fall von Syphilis der Oberkiefergelenke,** von Mac Sterling. (Monatsh. f. prakt. Dermatologie. LXXXIV. Nr. 11.)

Ein 25 jähriger Mann hatte vor fünf Jahren Syphilis erworben. Bei Bewegungen und bei Druck der beiden Oberkiefergelenke empfindet er Schmerzen; er kann den Mund nur wenig öffnen und fast keine feste Nahrung aufnehmen. Die Gegend des Jochbeines und des Arcus zygomaticus erscheint aufgetrieben. Für eine traumatische Entstehung des Prozesses fehlt jeder Anhaltspunkt. Gelenkrheumatismus, Arthritis, Gonorrhoe, Tuberkulose und Syphilis sind als Entstehungsursache in Frage zu ziehen. Die Richtigkeit der Diagnose auf Syphilis wurde durch die Anwendung und den Erfolg spezifischer Therapie bestätigt. Schourp-Danzig.

29) **Tabes und Syphilis,** von S. Filipkievitz. (Pester med.-chirurg. Presse. Nr. 21. 1907.)

Unter den 328 Tabeskranken des Verf. waren 304 Syphilitiker und zwar meist solche Fälle, die mit leichten, bald verschwindenden Symptomen einsetzten und eben daher nur ungenügende Behandlung erfuhren, einer betraf hereditäre Lues, alle Patienten gehörten der intelligenten Klasse an. Sekundäre schädliche Einflüsse, wie ererbte nervöse Belastung, Alkohol, Exzesse in Venere, geistige Überanstrengung, veranlassten einen schnelleren Ausbruch

und bösartigeren Verlauf der Tabes. Bei den Luetikern war entschieden die ungenügende spezifische Behandlung die auslösende Ursache der Tabes; selbst in den mildesten Fällen sollte man auf diese Gefahr hinweisen. Da aber die Zahl der Tabesfälle im Verhältnis zur Zahl der Luesfälle eine geringe ist, so muß ein sekundärer Faktor vorhanden sein, der direkt auf dem durch Syphilis vorbereiteten Grunde zur Nervendegeneration führt. Hingegen bewiesen die 24 sicher nicht luetischen Tabesfälle, daß die Lues wohl das häufigste, aber nicht das einzige Moment der Tabes sei. In 3 Fällen wurde starke Erkältung, viermal Exzesse in Bacho et Venere als Ursache angegeben, die übrigen 17 Tabiker ohne Lues wußten keinerlei Grund ihrer Erkrankung. Als das erste Symptom, welches bei Syphilitikern stets den Verdacht auf Tabes wecken sollte, erscheinen stets die heftigen lanzinierenden Schmerzen und eine ungemein starke Hyperästhesie der Haut an den affizierten Stellen. J.

30) **Das Kausalverhältnis zwischen Syphilis und progressivem Nervenschwund,** von Max Löwenthal. (Neurolog. Centralblatt. 1907. Nr. 10.)

Verf. ist der Meinung, daß analog den Vorgängen bei Diphterielähmungen, mit welchen die parasyphilitischen Erkrankungen auch das symmetrische Auftreten gemeinsam haben, die Tabes und Paralyse durch eine chemische Substanz herbeigeführt werden. Weder der Krankheitserreger der Lues selbst, noch dessen Toxine verursachen diese Nervenschädignngen, sondern die Schutzstoffe, welche den Körper gegen die spezifische Infektion immunisieren. Die überaus lange Immunität gegen die Lues beweist, daß dem Blute viele Jahre lang abnorme Stoffwechselprodukte beigemischt werden, welche solche Gewebe, zu denen sie chemische Affinität besitzen, schädigen. Mit der Progressivität dieser Leiden hängt ihre Unheilbarkeit durch antisyphilitische Mittel eng zusammen. Die Nervenkrankheiten erscheinen um so schwerer, je schneller und zahlreicher der Körper die Antitoxine liefert, also gerade bei leichtem Verlauf der früheren Symptome. Als weiteren Beweis für seine Theorie führt Verf. die Tatsehe an, daß gerade unter Rassen, von denen schwere Syphilisepidemien berichtet werden, z. B. Türken und Bosnier, Tabes und Paralyse zu den Seltenheiten gehören. Je kürzere Zeit eine Seuche in einem Lande herrscht, um so bösartiger tritt sie auf, der Krankheitstoff muß erst durch eine Reihe von Generationen gegangen sein, ehe er erheblichen Widerstand findet. Daher reagieren Völker und Rassen mehr oder minder stark auf die spezifische Infektion. Die Toleranz gegen Lues ist somit bei den ältesten europäischen Kulturvölkern am bedeutendsten, aber eben darin liegt die andere Gefahr einer Neigung zu Gehirn- und Rückenmarkschwund durch die Überproduktion von spezifischen Antistoffen. Die Hauptfaktoren für die Entwicklung von Tabes und Paralyse ist, so schließt Verf., in erster Reihe eine angeborene Immunität gegen Syphilis, sodann die luetische Infektion und ein invalides Nervensystem, erst zuletzt kämen Alkoholismus, sowie geistige und körperliche Traumen in Betracht. J.

31) **Über die Pflege kleiner hereditär-syphilitischer Kinder,** von Edward Welander. (Stockholm 1907.)

Nach eingehender Besprechung der persönlichen und sozialen Gefahren, welche die hereditäre Lues mit sich bringt, gibt Verf. einen ausführlichen historischen Überblick über die Maßnahmen, welche seit 1757 gegen die Verbreitung der Syphilis getroffen wurden. Zuerst beschränkten sich diese auf die staatlich angeordnete Untersuchung der Ammen, heute nehmen Hospitäler bereits kostenlos syphilitische Patienten auf. Der Mangel besteht aber

darin, daß ansteckend kranke Kinder in Waisenhäusern keine Unterkunft finden, die Hospitäler für Geschlechtskranke aber keine genügenden Vorkehrungen für die Pflege junger Kinder besitzen. Dem Hauptерfordernis für die günstige Prognose bei hereditär syphilitischen Kindern, der regelmäßigen Behandlung der schwangeren Mütter, konnte Verf. bereits in seinem Krankenhause für syphilitische Frauen, St. Göran, gerecht werden. Aber auch nach ihrer Geburt müssen diese Kinder, selbst wenn sie keine beunruhigenden Symptome aufweisen, ebenso wie erwachsene Syphilitiker regelmäßig, d. h. periodisch behandelt werden, und dies könne nur in Asylen geschehen, in welchen die Kinder einige Jahre unter sachverständiger Wartung wohnten. Die angemessene Pflege und Isolierung im eigenen Hause würde sich nur bei wohlhabenden Leuten durchführen lassen. Hingegen gelang es den eifrigen Bemühungen des Verf.'s durch private Wohltätigkeit ein kleines Heim für syphilitische Kinder zu errichten. Die ausgezeichneten Erfolge, welche er hierin erzielte, veranlaßten die Stockholmer Stadtverwaltung ihm kostenlos ein Terrain nahe St. Göran für diesen vortrefflichen Zweck zu überlassen, so daß er hofft, durch das Zusammenwirken beider Hospitäler bald in größerem Maßstabe vorgehen zu können. J.

32) **Die venerische Ansteckung der Hebammen im Beruf und die Notwendigkeit eines Hebammenversicherungsgesetzes für das Deutsche Reich,** von Carl Schindler. (Als Manuskript gedruckt 1907.)

Die Notlage von Hebammen, vielleicht Witwen, welche ihre Kinder ernähren, sobald diese schwer arbeitenden Frauen sich im Berufe mit Lues infiziert haben, macht Verf. zum Gegenstande einer eingehenden Erörterung und knüpft hieran die dringende Forderung, solche unglücklichen Opfer einer gefahrvollen Tätigkeit wenigstens wirtschaftlich sicherzustellen. Die törichte Gewohnheit, die Syphilis ängstlich zu verbergen, schädigt keinen Stand mehr als die Hebammen. An wen soll sich die Unfallverletzte wegen einer Entschädigung wenden? Verf. bespricht die Gelegenheiten, bei welchen sich Hebammen infizieren können, nicht nur durch Syphilide von Mutter und Kind, sondern auch durch Fruchtwasser, Kindspech, Nabelschnur, Nachgeburt und Schleim. Er weist an der Hand einer ausführlichen Statistik nach, daß heutzutage vielmehr die Hebammen durch das Publikum, als wie dieses durch jene gefährdet werden. Eine ausreichende Schutzvorrichtung aber gibt es nicht. Die 30 % Kalomelsalbe sei viel zu irritierend für die Haut, der Handschuh aus vielen Gründen unpraktisch und unbeliebt, somit bleibe das einzige, was man zur Hilfe einer schuldlos ins Unglück geratenen Hebamme noch tun könne, eine zweckmäßige Versicherung. Nach Erwägung der zwei Versicherungsarten: Aufbringung der Kosten durch die Gebärenden oder Privatversicherung kommt Verf. zu dem Schlusse, daß ein dritter Weg der gangbarste sei, die Angliederung an das Arbeiterversicherungsgesetz. Die Gebärenden sollten durch Versicherungsmarken, etwa 30, höchstens 50 Pfennige pro Entbindung die Kosten dieser Versicherung aufbringen. Schon bei dem kleineren Beitrag würden Überschüsse erzielt werden, vielleicht könnten aber zur Errichtung einer allgemeinen, auch Krankheit, Invalidität und das Pausierenmüssen umfassenden Versicherung die Hebammen selbst noch etwas beitragen. J.

33) **Über den Nachweis der Spirochaete pallida im Ausstrich mittels der Silbermethode,** von Stern. (Berliner klin. Wochenschr. 1907. Nr. 14.)

Verf. teilt folgende sichere Methode mit: die in gewöhnlicher Weise mit

Reizserum beschickten, lufttrockenen Objektträger kommen für einige Stunden in den auf 37° gestellten Brutschrank. Sodann gibt man sie in ein mit 10%iger wässeriger Argentum-nitricum-Lösung gefülltes, farbloses Glasgefäß, das für einige Stunden im diffusen Tageslicht, nicht direkten Sonnenlicht stehen bleibt. Das Präparat nimmt allmählich eine bräunliche Färbung an. Hat diese einen gewissen, durch Übung leicht festzustellenden Grad erreicht, und zeigt das Präparat metallischen Glanz, wird es herausgenommen und mit Wasser abgespült. Die Form der Blutkörperchen ist gut erhalten; die Spirochäten erscheinen tiefschwarz auf blaßbraunem oder farblosem Grund.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

34) **Spirochaete pallida in Ausstrichen formalinfixierter Organe,** von A. Zabel. (Med. Klinik. 1907. Nr. 20.)

Organe von makroskopisch und histologisch nachweislich Syphilitischen wurden mittels Formalin fixiert, unter Vermeidung von Alcohol absolutus bei der Präparation. Die Ausstriche dieser Organe erreichen eine erhöhte und erleichterte Färbbarkeit der pallidae mit Anilinfarben. Die besten Bilder lieferte die Giemsafärbung, anderseits Karbolfuchsin oder Karbolgentianaviolett. Die Ursache dafür ist in der Vermeidung von Alcohol absolutus und in der durch besondere Versuche bewiesenen Wirkung des Formalins zu suchen. Die Spirochäten sind hervorragend deutlich und leicht auffindbar, sie zeigen eine gewisse Verbreiterung des Leibes und verhalten sich in Ausstrichpräparaten an Menge proportional dem Befunde bei der Anwendung der Silbermethode.

F. Biberstein-Gleiwitz.

35) **Die Spirochaete pallida und ihre Bedeutung für den syphilitischen Krankheitsprozeß,** von Blaschko. (Berliner klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 12.)

In seinem Vortrag wendet sich Verf. an der Hand von Präparaten zunächst gegen die von Schulze, Saling und Friedenthal gegen die Silberspirochäte gemachten Einwände. Weiter befaßt er sich mit dem Verteilungsmodus der Spirochäte im Primäraffekt. Dieser sei in der Regel nicht gleichmäßig von ihnen durchsetzt, sondern es fände sich ein größerer oder kleinerer Herd, der ganz von Spirochäten erfüllt sei. Wenn nun die Schnittrichtung durch einen solchen Herd gehe, fände man zahlreiche Spirochäten, während sie sich bei anderer Schnittrichtung nicht nachweisen ließen. Häufig fände man auch den größten Teil des Gewebes frei und nur ein Lymphgefäß, von dem Hauptherd ausgehend, wenige Spirochäten führend. Für die Frage der Verbreitung und Verbreitungswege des Syphiliserregers hält Verf. diesen Fund von großer Bedeutung. Zu konstatieren sind drei Transportarten, die Eigenbewegung, die Fortbewegung durch die Lymph- und Blutgefäße. Auf dem Wege der Lymphbahnen kommen die Spirochäten zunächst in die nächstgelegenen Lymphdrüsen, in denen sie wahrscheinlich eine zeitlang zurückgehalten wurden. Die Verbreitung auf dem Wege der Blutbahn sei besonders von Bedeutung für die Frage der Excision des Primäraffektes, die event. zwecklos wäre, wenn eine größere Anzahl Spirochäten schon in frühem Stadium in die Blutbahn gelangt wäre. Verf. ist der Ansicht, daß wir der Schaudinnschen Entdeckung eine Fülle neuer Erkenntnisse auf dem Gebiet der Syphilispathologie verdanken und für die Folge in noch reicherem Maße verdanken werden.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

36) **Die Färbung der Spirochaete pallida im Schnittpräparat nach Giemsa,** von Georg Schmorl. (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 22.)

Nach genügender Fixierung in Formalin fertigt man möglichst dünne Gefrierschnitte von dem am besten nicht ausgewässerten Material. Man fängt sie in destilliertem Wasser oder Formalin auf und färbt sie nach Giemsa. Bei der Herstellung der Farblösung sind besondere Vorsichtsmaßregeln geboten, auf welche hier unter Hinweis auf die Originalarbeit nur aufmerksam gemacht werden kann.

Schourp-Danzig.

37) **Welche Gewebsbestandteile im entzündeten Gewebe täuschen Silberspirochäten vor?** von Friedenthal. (Berliner klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 4.)

Unter Beifügung mehrerer Abbildungen nach Hoffmann und anderen Autoren, zeigt Verf. zunächst, daß verschiedenen Silberspiralen, die nach Ansicht der Betreffenden alle Merkmale der Spir. pall. Schaudinn besitzen sollen, alle Kennzeichen derselben, mit Ausnahme der Spiralform, fehlen. — In Beantwortung der Frage Levaditis, welche Zellbestandteile bei Fehlen von Nerven Spirillen vortäuschen können, führt Verf. weiterhin aus, daß er in einem Originalpräparat Levaditis, das angeblich Myriaden von Spir. pall. enthalten sollte, nicht eine einzige Silberspirale von der Form der Giemsaspirochaeta entdecken konnte. Bei schwacher Vergrößerung schienen sie allerdings vorhanden zu sein, bei starker dagegen zeigte es sich, daß es sich um Randversilberungen handelte, die als Silberspirochäten angesehen seien. An Abbildungen (versilberte Zellgrenzen und Nervenfasern) aus nicht syphilitischer Cornea und von Spiralen aus einem Mamma-Carcinon zeigt Verf. den Ursprung der Irrtümer der Anhänger der Silberspirochäte. Die bisher stets negativen Ergebnisse von Kontrollpräparaten glaubt Verf. darauf zurückführen zu können, daß sich entzündete Teile besser versilbern und daß die syphilitische Erkrankung hierfür ganz besonders günstig ist. — Er ist der Ansicht, daß erst dann kein Unbefangener auch ohne Reinkulturen daran zweifeln würde, daß die Spir. pall. der Syphiliserreger ist, wenn typische Giemsaspirochäten in derselben Weise wie jetzt Silberspirochäten bei allen syphilitischen Erkrankungen gefunden werden.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

38) **Le microorganisme de la syphilis,** par Quéry. (Compt. rend. h. de sé. Soc. Biol. 1907. Nr. 9.)

Verf. bekennt sich auf Grund eigener und fremder Untersuchungen zu der Ansicht, daß die Schaudinnsche Spirille zwar mit der Syphilis sicher etwas zu tun habe, daß sie aber nur eine der mannigfachen Rückbildungsformen des eigentlichen pathogenen Mikroorganismus darstelle. Der wirkliche Erreger der Syphilis habe ähnlich, wie derjenige der Lepra oder der Tuberkulose die Form eines Stäbchens und vermehre sich durch Sporenbildung.

Solger-Neiße.

Gonorrhoe.

39) **Die Bedeutung der Geschlechtsfunktion in der Therapie der Gonorrhoe beim Manne,** von Emil Tauffer. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. LXXXV. S. 167. 1907. Neisser-Festschrift.)

Verf. geht von der Beobachtung aus, daß bei Vorhandensein von Tripper sowohl Pollutionen als auch der Coitus in jedem Fall eine Exacerbation des Prozesses bewirken, da infektiöses Material aus den Schlupfwinkeln der Urethraldrüsen und der Prostata ausgedrückt werden, namentlich aber aus letzterer, wobei sogar nicht selten das Ejaculat blutig lingiert wird. Die bei Er-

krankung der Prostata eintretende Trübung verschwindet aber wieder rasch, namentlich wenn eine Behandlung eintritt. Verf. rät deshalb sofort nach dem Coitus die Patienten zu behandeln, und zwar mit tiefen Spülungen oder Guyoninstillationen, und ist schließlich dazu gekommen den Kranken einen wöchentlich zweimaligen Coitus (mit Condom) mit daraufolgender Behandlung zu empfehlen, wovon er großen Erfolg gesehen habe. Löwenheim-Liegnitz.

40) **Ein Beitrag zur Cytologie des gonorrhoischen Eiters,** von Sprecher. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. LXXXIII. S. 407.)

Verf. macht darauf aufmerksam, daß die polynukleären Leukozyten des gonorrhoischen Eiters etwa vorhandene Blutkörperchen in sich aufnehmen und zerstören. Er führt das als Beweis für die Phagocytose auch gegenüber den Gonokokken an, die also nicht in die Zellen eindringen, sondern von diesen aufgenommen werden. Löwenheim-Liegnitz.

41) **Einiges zur Frage der Behandlung der männlichen akuten Gonorrhoe,** von Eugen Borzecki. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. LXXXIV. S. 121. Neisser-Festschrift.)

Verf. vertritt die Abortivbehandlung bei ganz frischen Fällen. Ebenso wünscht Verf. bei Patienten mit spärlicher, schleimiger Sekretion ein energisches Eingreifen, da sonst der bereits bis zum subepithelialen Bindegewebe vorgedrungene Prozeß den Drüsenapparat angreifen würde, indem Verf. Janetsche Spülungen anscheinend für wirkungsvoller als Argentuminjektionen hält. Um bei eitrigen Gonorrhoen die Krankheitskeime in der Tiefe zu treffen, bevorzugt er die organischen Silberverbindungen vor dem Höllenstein, die er früher auch bei akuten Fällen mit vielen Mißerfolgen anwendete, um es nicht durch Abwarten zur Erkrankung der Posterior und Prostata kommen zu lassen. Bei deren Vorhandensein hält er die Einleitung innerer Behandlung bis zum Abklingen akuter Erscheinungen für notwendung, um dann erst mit der lokalen Behandlung vorzugehen, da sonst leicht weitere Komplikationen namentlich Epididymitis eintreten. Zurzeit übt Borzecki die abwartende Therapie auch bei der Gonorrhoea acuta aus und nimmt dabei häufig entstehende Urethriis posterior wegen deren leichter Heilbarkeit in Kauf, um nach deren Heilung erst zur lokalen energischen Therapie überzugehen. Löwenheim-Liegnitz.

42) **Über Spirochätenbefunde in spitzen Condylomen,** von Albert Dreyer. (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 18.)

An der Hand von eigenen Beobachtungen und den Anschauungen anderer Autoren drängt sich dem Verf. die Annahme eines spezifischen Agens als Ursache der spitzen Condylome auf, als das er die Spirochaete refringens ansieht. Auch die therapeutischen Erfahrungen bei den Condylomata acuminata erklären sich leicht, wenn man die Spirochäten als die Erreger annimmt und ihre anatomische Lage berücksichtigt. Diese finden sich nicht nur im Gewebe, sondern auch in den Blutgefäßen der oberen Cutis. Daraus folgt die Neigung zu Rezidiven bei oberflächlicher, ungenügender Verschorfung. Es erklärt sich aber vielleicht auch damit der Erfolg der inneren Arsenbehandlung. Schourp-Danzig.

43) **Spirochäten beim spitzen Condylom,** von Max Juliusberg. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. LXXXIV. 1907. S. 319. Neisser-Festschrift.)

Verf. hat in einem Fall schon Anfang 1906 Spirochäten vom Typus der Refringens vom spitzen Condylom entdeckt, dem er erst nach Dreyers Veröffentlichung größeren Wert beigelegt. Er betont im Gegensatz zu Dreyer, daß gerade das Vorhandensein von Spirochäten im Epithel das Wichtigste

sei, da zweifellos hier die Infektion stattfinde, welche durch Schädigung des Epithels den Wachstumswiderstand für das Bindegewebe aufhebe.

Löwenheim-Liegnitz.

44) **Ein Fall von Gonokokkensepsis im Wochenbett mit Lokalisation in der rechten Niere**, von Kurt Himmelheber. (Med. Klinik. 1907. Nr. 26.)

Bei einer gonorrhoisch infizierten Wöchnerin tritt am 2. Wochenbettstage unter Fiebererscheinungen Schwellung beider Handgelenke auf. In den aseptisch entnommenen Uteruslochien sind Gonokokken nachweisbar. Das Fieber nimmt am 11. Tage einen remittierenden pyämischen Typus an, während Zeichen rechtsseitiger Pyelitis auftreten. Während der mit Katheter entleerte Harn mikroskopisch und bakteriologisch immer steril war, ließen sich aus dem aus der Armvene steril entnommenen Blute typische Gonokokkenkulturen züchten. Die Seltenheit des Falles besteht darin, daß die Gonokokken erst unter dem Einfluß des Wochenbettes bei einer früher gesunden Person neben der Allgemeininfektion Pyelitis erzeugten. Der Urinbefund spricht gegen eine aszendierende Verbreitung des Prozesses von den Genitalien oder der Blase aus zum Nierenbecken. Vielmehr kommt hier der hämatogene Infektionsweg in Betracht und zwar dürfte es sich hier um eine metastatische Lokalisation der im Blute nachgewiesenen Gonokokken, nicht um eine Toxinwirkung handeln.

F. Biberstein-Gleiwitz.

45) **Der Gonococcus Neisseri.** Eine historische und bakteriologisch-experimentelle Studie von A. Paldrock. (Dorpat 1907.)

Diese Studie bildet einen wichtigen Beitrag zur Biologie des Neisserschen Gonococcus. Am besten gelang dem Verf. die Reinkultur auf einem Gemisch von $^1/_3$ Menschenblutserum und $^2/_3$ Kieferschen Nähragars. Als wichtige Tatsache fand er, daß junge Generationen eine Zimmertemperatur von 14° R. (17,5° C.) bis zu 6 Stunden zu ertragen im stande sind, während bei älteren Generationen die Widerstandsfähigkeit eine geringere ist. Bei den Prüfungen der gebräuchlichsten Antigonorrhoika auf Gonokokken ergab sich alsdann, daß die Wirkung des Argentum nitricum obenan steht und eine Lösung von 1:500 die Entwicklungsfähigkeit der Gonokokken bereits nach 20 Sekunden langer Einwirkung aufhebt.

J.

46) **Blenal,** von Brenning und Lewitt. (Allgem. med. Centralzeitung. 1907. Nr. 17.)

Blenal ist der Kohlensäureester des Santalols und verdankt seine Herstellung dem Bestreben, die Reizwirkung des reinen Sandelöls durch Veresterung mit einer indifferenten Säure zu beseitigen. Dieses Ziel scheint nach den Erfahrungen des Verfassers im Blenal erreicht worden zu sein. Dank dem kleinen Molekulargewicht der Kohlensäure ist der Gehalt des Blenals an dem wirksamen Bestandteil, dem Santalol, ein außerordentlich hoher: 94 %. Die günstigen Wirkungen des Santalols kamen in den meisten Fällen voll zur Geltung. Sie bestanden in einer Klärung des Urins und in einer günstigen Beeinflussung der subjektiven Symptome und des Ausflusses.

J.

Venerische Helikosen.

47) **Untersuchungen über den Bacillus des Ulcus molle. Kultur. — Morphologische und biologische Eigenschaften — Wirkung auf Tiere und den Menschen — Stellung zu anderen Bakterien,** von Serra. (Dermatolog. Zeitschrift. 1907. Mai/Juni.)

Auch ohne sogenannte Reinigung des Geschwürs kann man bei Zerreiben des geschwürigen Materials und geeigneter Verdünnung desselben auch auf den gewöhnlichen Nährböden in Reinkultur und konstant aus den Ulcera mollia einen Bacillus züchten, der in allen seinen morphologischen Eigenschaften dem früher von Ducrey im Eiter und von Unna im Gewebe der venerischen Geschwüre gefundenen Bakterium entspricht. Der Bacillus besitzt morphologische und kulturelle Eigenschaften, die ihn in die Gruppe der Diphtherie verweisen und dazu berechtigen, ihn zu der Gruppe der Corynebakterien von Lehmann und Neumann, oder als Skyphobakterien von Casegrundi zu rechnen. Bei intravenöser, subkutaner oder intraperitonealer Einspritzung bei Meerschweinchen, Kaninchen, weißen Mäusen, Ratten, Hunden und Katzen übt er keinerlei direkte pathogene Wirkung aus. Seine filtrierten und eingeengten Bouillonkulturen erweisen sich ebenfalls als völlig ungiftig gegen die gewöhnlichen Versuchstiere. Auf die Schleimhaut der weiblichen Genitalien von Hunden, Katzen, Meerschweinchen und Kaninchen verimpft, ruft er keine solchen Veränderungen hervor, die sich mit dem typischen Ulcus molle vergleichen ließen. Beim Menschen subkutan verimpft, erzeugt er ein typisches Ulcus molle, wenn die Kulturen auf Menschen- oder Kaninchenblutagar gewachsen sind und bei den Überimpfungen noch nicht die achte Generation überschritten haben. Die Nukleoproteïne, die Nukleïne, die wässerigen Auszüge der Bazillen und ihre Rückstände rufen keine Veränderungen hervor. Da sich mit absoluter Sicherheit alle Umstände ausschließen lassen, die die Versuchsergebnisse beeinflußt oder vorgetäuscht haben könnten, so darf man schließen, daß das beschriebene Bakterium den Erreger des Ulcus molle darstellt.

Immerwahr-Berlin.

48) **Über Jodofan,** von Piorkowski. (Berliner klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 20.)

Verf. hat Versuche mit Jodofan angestellt, einem Ersatzmittel für Jodoform, dessen Wirkung in der Abspaltung von Jodoformol beim Zusammenbringen mit Wundsekreten besteht. Aus diesen Versuchen geht hervor, daß das Jodofan antibakterielle Eigenschaften besitzt, daß es in kurzer Zeit desodorierend wirkt und daß der von ihm ausgehende Antagonismus Bakterien gegenüber ein außerordentlicher genannt werden kann, was für die Wundbehandlung von besonderer Bedeutung ist. Lengefeld-Brandenburg a./H.

49) **Zur Ätiologie des venerischen Granuloms,** von W. Siebert. (Archiv f. Schiffs- u. Tropen-Hygiene. XI. 1907.)

Verf. berichtet über eine neue venerische infektiöse Erkrankung, welche sich nur in den Tropen zu finden scheint. Das erste Anzeichen ist eine meist an den Genitalien, selten im Munde entstehende, umschriebene, knötchenförmige, leicht blutende, centrifugal wachsende Erhebung, welche sich zu roten Granulationsmassen mit übelriechender, sanguinolenter Absonderung entwickelt. Der Prozeß verbreitet sich nicht nur durch Fortschreiten, sondern auch durch Autoinfektion, bleibt aber meist auf die oberflächlichen Gewebe beschränkt. Histologisch fand Verf. das Bild eines Granuloms mit deutlichen, zahlreichen Plasmazellen, auch war der Typus der Infektionsgeschwulst unverkennbar. Eine bestimmte Kokkenart, die in Gewebeschnitten und Ausstrichpräparaten wiederkehrte, ist vielleicht pathogen für die Affektion. J.

Krankheiten des Urogenitalapparates.

50) **La tuberculose hypertrophique et sténosante de l'urèthre chez la femme,** par Hartmann. (Annales d. malad. d. org. genit.-urin. 1907. S. 322.)

Eine 27jähr. Frau litt seit 6 Jahren, ohne daß Trauma oder Gonorrhoe voraufgegangen, an einer Harnröhrenverengerung. 2 cm hinter dem Orificium werden alle Bougies aufgehalten; vor dieser Stelle ist die Harnröhre wie das Mundstück einer Trompete geformt, die Schleimhaut graurötlich, hochgradig verdickt, „sklerösoedematös". Verf. exzidierte die Urethra einschließlich der am Ende des „Trompetentrichters" sitzenden 4 mm langen, nadelöhrgroßen Striktur. Die Patientin wurde nach 6jährigen vergeblichen Dilatationskuren durch die Operation geheilt. Die histologische Untersuchung des Präparates ergab: Harnröhrenepithel erhalten, normal, nur etwas verdickt. Submuköses Bindegewebe enorm verdickt; Gefäße erweitert und von Leukocyteninfiltrationen umgeben; hier und da Knötchen, die sich als solche Tuberkel erweisen, wie man sie bei den Tuberkuliden der Haut Type Darier findet; die Impfung eines Meerschweinchens mit einem Stückchen des exzidierten Gewebes rief eine Tuberkulose der Tracheobronchialdrüsen hervor. Ähnliche Formen der Schleimhauttuberkulose sah Verf. 1891 im Coecum, Sourdille 1895 im Rectum; sie wurden als Tuberculoma hypertrophicum, hyperplastische Tuberkulose, neoplastische oder pseudoneoplastische Form der Darmtuberkulose beschrieben. In der Harnröhre ist diese Erkrankung hier zum ersten Male gesehen und beschrieben worden. Goldberg-Köln/Wildungen.

51) **La prostate femelle,** d'Après Barnett. (Gaz. des hôpitaux. 1907. Nr. 64.)

Analog dem Utriculus prostaticus, der sich unabhängig von der Prostata entwickelt, ist es logisch, bei der Frau nach einer Drüsenformation zu suchen, die von der Vagina unabhängig ist und entwickelungsgeschichtlich aus dem Epithel der Urethra hervorgeht. Diese Formation existiert in den tiefen Urethral-, den sog. Skeneschen Drüsen. Es ist sehr wahrscheinlich, daß das Sekret derselben zusammen mit dem der Bartholinischen und Nabothschen Drüse eine größere Bedeutung hat, als nur zur Schlüpfrigmachung der Schleimhaut während des Koitus zu dienen. Die Produkte dieser verschiedenen Drüsen setzen das Milieu zusammen, in welchem die Spermatozoen lebensfähig bleiben, durch welche das sonst saure Sekret der Vagina, in welchem die Samenfäden absterben würden, alkalisch gemacht wird, ähnlich wie sich die Sekrete der Prostata, der Cowperschen Drüsen und der Samenblasen verhalten. Die Skeneschen Drüsen liegen in der Mitte zwischen Blasenhals und Meatus urethrae, an jeder Seite der Urethra, oberhalb der Fascia vesicovaginalis; die Kanäle münden ganz nahe bei dem Meatus urethrae; die Drüsen können hypertrophieren und die Schleimhaut der Harnröhre hervorwölben, ebenso wie es bei der Prostata geschieht. Blennorrhoische Entzündung der Drüse ist vergleichbar der Prostatitis gonorrhoica in ihren anatomischen Veränderungen; der Eiter kann sich nach der Vagina oder Urethra entleeren; es kann eine Urethro- oder Vesicovaginalfistel daraus resultieren. Der Prozeß kann auch chronisch werden und sind dann chirurgische Maßnahmen, Drainage, Kurettement, event. Exstirpation indiziert. Paul Cohn-Berlin.

52) **Experimentelles über Harnantiseptica,** von M. K. Forcart. (Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. 1907. 1. Juni.)

Die Versuche bezüglich der Desinfektion des Harns wurden mit Formamint, Hippol, Helmitol, Hetralin, Urotropin und Borovertin angestellt, die alle Form-

aldehyd enthalten und durch Abspalten desselben im Urin bakterizid wirken. Die besten Resultate wurden mit Hetralin, Urotropin und Borovertin erhalten. Da die Resultate mit nicht Formaldehyd abspaltenden Präparaten an und für sich viel schlechter waren, verdienen also die genannten Mittel den Vorzug. Die klinischen Resultate laufen denen der Experimente parallel.

Paul Oppler-Breslau.

53) **Die krankhaften Geschlechtsempfindungen auf dissoziativer Grundlage,** von Havelock Ellis. Autorisierte deutsche Ausgabe von Jentsch. (Würzburg 1907, Stuber. 4 Mk.)

In diesem Buche werden die Abschlußerscheinungen des Sexualprozesses erörtert und hier gibt der Verf. zum erstenmal eine einheitliche systematische Darstellung der Dissoziationserscheinungen der sexuellen Sphäre. Auch dieses Buch, aus welchem besonders das Kapitel zur Psychologie der Schwangerschaft hervorgehoben werden soll, zeigt uns den verdienten englischen Forscher und Philanthropen auf einer geistig bedeutenden Höhe. J.

54) **Die Impotenz des Mannes,** von Orlowski. (Würzburg 1907, Stuber.)

Verf. glaubt in diesem für Ärzte dargestellten Hefte den Wert der Colliculushypertrophie für die Pathologie, den Erfolg der Colliculuskaustik für die Therapie der Impotenz hervorheben zu sollen. J.

55) **Hat die kulturelle Harnuntersuchung für Diagnose, Prognose und Therapie der Erkrankungen der Harnwege praktische Bedeutung?** Von Berthold Goldberg. (Centralblatt f. innere Med. 1907. Nr. 16.)

Verf. schickt voraus, daß nur bei gesunder Harnröhre die kulturelle Harnuntersuchung Wert haben könne. Dann aber kann man, falls nicht vorher verabreichte Antiseptica eine Sterilität vortäuschen, bei spontan entstandenen Pyurien, falls Gonorrhoe auszuschließen ist, aus der Sterilität des Harns auf gewöhnlichen Nährböden eine Tuberkulose vermuten. Die Harnkulturen bleiben nur steril bei Gesunden, bei einer Gonorrhoe der Blase oder bei Tuberkulose. Von den Patienten, deren Harn Verf. kulturell untersuchte, waren acht leichtere Erkrankungen (kurze Cystitis, Bakteriurie) viermal durch Staphylokokken, zweimal durch Kolibakterien, 2 durch schwach entwickelte Kokken verursacht; von 8 mittelschweren 4 durch Kokken, 4 durch Kolibazillen; in 15 schweren Fällen bestand dreimal Tuberkulose und dreimal Kolibazillose. Im allgemeinen gestattet der Befund von Staphylokokken eine gute Prognose. Reinkultur von Kolibazillen ist bei bisher Unbehandelten prognostisch wenig zu verwerten, bedeutet aber baldige Heilung, wenn der Patient schon längere Zeit antiseptisch behandelt wurde. Geringe Bedeutung hatte die Menge der Mikroben, auch das gleichzeitige Vorkommen mehrerer Arten ist in seiner prognostischen Bedeutung noch nicht abzuschätzen. Therapeutisch fand Verf. bei Kokkeninfektionen die Urinantiseptica der Formaldehydgruppe, bei Koliinfektionen Salol, Chinin, Methylenblau wirksamer. Da aber auch für die Auswahl eines Operationsverfahrens, für die Diagnose der Heilung sowie für die etwaige Entlarvung von Typhusbazillen die kulturelle Untersuchung allein maßgeblich, die mikroskopische Untersuchung aber unzureichend ist, so rät Verf. nach der ja auch zur Gewinnung von Bakterienpräparaten nötigen sterilen Katheterisierung die weitere kleine Mühe nicht zu scheuen, den steril entnommenen Harn auf einen Nährboden zu bringen. J.

III. Bibliographie.

Die Hautkrankheiten von E. Finger. (Wien 1907, Deuticke. 10 Mk.) — In diesem kurzen für Studierende und praktische Ärzte berechneten Lehrbuche hat es Verf. sich angelegen sein lassen, in gedrängter und doch möglichst anschaulicher Weise die Pathologie und Symptomatologie der Dermatosen zu schildern. Er greift das typische, nosologisch und diagnostisch Wichtige heraus, während er das atypische als solches feststellt. Daneben wird natürlich auch der Therapie besondere Aufmerksamkeit geschenkt und die Indikationen derselben möglichst präzise gestellt. Demgegenüber ist die pathologische Anatomie nur kurz beschrieben worden, doch dienen diesem Zwecke immerhin 5 dem Werke angefügte farbige Tafeln. Das Buch wird sich gewiß viele Freunde erwerben. J.

Mraceks Handbuch der Hautkrankheiten. 20., 21. und 22. Abteilung. (Wien 1907, Hölder. à 5 Mk.) — Diese drei Lieferungen der zweiten Hälfte des vierten Bandes enthalten wieder eine ganze Reihe äußerst wichtiger und lehrreicher Abhandlungen von Autoren, welche auf ihrem speziellen Gebiete sich bereits als Meister bewährt haben. So kann die Bearbeitung der Dermatomykosen durch Plaut als mustergültig bezeichnet werden. Unterstützt durch eine große Reihe trefflicher Abbildungen wird hier eine glänzende Übersicht über den heutigen Stand unseres Wissens gegeben. Rille und Riecke besprechen in erschöpfender, wiederum durch gute Abbildungen unterstützter Weise die Creeping disease. Sack hat den Pruritis cutaneus bearbeitet, wobei nur leider die Therapie etwas zu kurz fortgekommen ist, und von demselben Verfasser rührt die Übersicht über die Dermatozoonosen her, wobei Moritz Oppenheim speziell die Maculae coeruleae übernommen hat. Eine glänzende Zusammenfassung unserer neuesten Errungenschaften über ätiologische und experimentelle Syphilisforschung stammt von R. Kraus und über Haarkrankheiten von A. Sack während A. Buschke seine Übersicht über die unter der Bezeichnung Hautblastomykose (Dermatitis blastomycetica, Oidiomycosis der Haut) zusammengefaßten Affektionen in diesen Heften erst beginnt. J.

IV. Therapeutische Notizen.

Pittylen-Tinktur:

Zu Pinselungen ist die Lösung des Pittylens in Aceton besonders geeignet. Aceton löst das Pittylen in jedem Verhältnsise und eignet sich daher ganz besonders zur Herstellung der Tinktur. Da es auch beim Aufpinseln auf die Haut leichter verdunstet, so ist die mit Aceton hergestellte Pittylen-Tinktur der alkoholischen Lösung bei weitem vorzuziehen.

	Rp.	Pittylen	5,0—10,0
1)		Ol. Ricini	3,0
		Aceton.	ad 100,0
	D. S.	Pittylen-Tinktur zum Bepinseln.	

Pittylen-Schüttelmixtur:

Für die Verwendung des Pittylens in Form einer Schüttelmixtur hat sich die nachstehende Komposition besonders bewährt, da dieselbe ein dünn-

flüssiges Präparat ergibt, das leichter zu handhaben ist, als die früher von uns angegebene Mischung.

2) Rp. Pittylen 10,0—20,0
Talk. venet. 15,0
Glycerin 20,0
Aqu. des. ad 100,0
M.d.s. Zum Pinseln. Vor dem Gebrauche umzuschütten.

Pittylen-Salbe:

Bei den Pittylen-Salben hat sich an Stelle des Vasel. flav. ein Gemisch von Vaseline mit Lanolin bewährt:

3) Rp. Pittylen 5,0—10,0
Paraffin. sol. 5,0
Lanolin. 25,0
Vaselini flavi ad 100,0
D. S. Pittylen-Salbe.

V. Vereinsberichte.

Berliner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung am 9. Juli 1907.

Dreyer demonstriert zwei Patienten aus der Rosenthalschen Poliklinik, die an maligner Lues litten, zahlreiche Rezidive hatten und vielfach mit Hg und Jod behandelt waren. Das letzte schwere Rezidiv wurde durch Einspritzungen von arseniger Säure behandelt und zwar mit gutem Erfolge, der erste Patient bekam 26 Injektionen mit 22 cgr Arsen. Säure, der zweite 14 Injektionen mit 74 mgr. Ein dritter Patient bekam gleichzeitig Hg und arsenige Säure, was er gut vertrug. Die Lösung, die benutzt wurde, hat die Zusammensetzung: Acid. arsenic. 0,8; Acoïn. 0,12, Aq. dest. ad 40,0, sine Kal. carbon., eine Spur Thymol; es wird mit einem Teilstrich einer Pravaz-Spritze begonnen und jeden 2. Tag um einen Strich gestiegen, bis zu einer Spritze, dann langsam wieder herabgegangen.

Ledermann zeigt das Präparat eines Hodentumors von einem 22jährigen Patienten, bei welchem die mikroskopische Untersuchung Karzinom ergab; ferner einen bereits vor 2 Jahren vorgestellten Patienten mit Sarcoma idiopathicum haemorrhagicum multiplex, bei welchem die fortgesetzte Arsenbehandlung, z. T. die Verbindung mit Chrysarobin eine erhebliche Besserung herbeigeführt hat; ferner einen Patienten mit Ulcus rodens der Nase und Gummata der Zunge.

Segall stellt eine bereits früher demonstrierte 18jährige Patientin mit einer artefiziellen Eruption auf hysterischer Basis vor.

Heller zeigt einen Patienten mit Lupus syphiliticus, bei dem weder durch Sublimat noch durch Atoxylinjektionen in steigender Dosis eine Besserung zu erzielen war.

Heller berichtet „über das gehäufte Vorkommen einer eigenartigen Hautkrankheit in einer Schule“: Es handelt sich um eine ausschließlich auf beide Ohrmuscheln beschränkte Bläscheneruption, die mit Schorfbildung und ohne Residuen, sowie ohne besondere Therapie abheilte. Befallen waren 22 Knaben im 12.—14. Lebensjahre einer Bürgerschule, das subjektive Befinden war nicht alteriert. Vortr. glaubt, daß es sich um eine bisher nicht beschriebene Affektion von unbekannter Ätiologie handelt.

In der Diskussion wird auf die Möglichkeit einer Pflanzen- oder Sonnenbrandwirkung hingewiesen.

Pinkus demonstriert 1. mikroskopische Bilder von weißen Flecken bei universellen Erythrodermien. Dieselben zeigen am Rande entzündliche perivaskuläre Infiltrate mit Plasmazellen und Parakeratosen, in der Mitte Atrophie, keine Pigmentverschiebung; 2. eine Art Ringelhaar.

Bruhns berichtet über 19 mit Atoxyl behandelte Luesfälle; nur 5 Fälle wurden glatt geheilt, bei den übrigen war der Erfolg mehr oder weniger unvollständig. Einige Male traten Erythem, Erbrechen, Durchfälle, zweimal Albumen auf. Nachdem der schwere Vergiftungsfall von Lesser publiziert ist, hat Vortr. das Atoxyl nicht mehr angewandt.

In der Diskussion berichtet Lesser über einen Fall von schwerer Sehstörung nach Atoxyl, jedenfalls ist große Vorsicht bei der Anwendung des Mittels geboten.

Paul Cohn-Berlin.

VI. Vermischtes.

— Die zahlreichen chemischen Präparate, welche von den Elberfelder Farbenfabriken eingeführt sind, liegen uns jetzt in einem stattlichen Ergänzungsbande vor. Hier finden sich sämtliche pharmakologische Befunde, Indikationen, Dosierungen und Anwendungen in Form von Sammelreferaten besprochen. Da zugleich ein ausführliches Indikationsregister eine schnelle Orientierung ermöglicht, so ist hier gewissermaßen ein Jahresbericht geboten, der gewiß vielen Kollegen sehr erwünscht sein wird. In ähnlicher Weise liegt der 20. Jahresbericht von Merck-Darmstadt vor. Auch hier werden in ähnlicher Weise alle Neuerungen auf den Gebieten der Pharmakotherapie und Pharmazie eingehend besprochen. Auch Rieders Berichte erfüllen im wesentlichen den gleichen Zweck. Besonders wertvoll sind die eingehenden Mitteilungen über Anaesthetica. Gerade hier scheinen der spekulativen Forschung keine Grenzen gezogen zu sein und die Ausblicke auf Erweiterung dieser Materie sind günstig.

J.

— Von W. Nagels, in diesem Centralblatt schon mehrfach erwähntem, großem Handbuch der Physiologie des Menschen liegt jetzt die zweite Hälfte des zweiten Bandes vor. Die Fachkollegen wird besonders die von R. Metzner herrührende Bearbeitung der Absonderung des Hauttalges und des Schweißes interessieren. Hier ist in glänzender Weise ein erschöpfender Bericht über unsere heutigen Kenntnisse auf diesem Gebiete gegeben. Auch die übrigen Kapitel, die Physiologie der Leber von Weinland, die Physiologie der Verdauung und Aufsaugung von O. Cohnheim, die äußere Arbeit der Verdauungsdrüsen und ihr Mechanismus von Pawlow, der Mechanismus der Resorption und Sekretion von Overton, sowie die histologischen Veränderungen der Drüsen bei ihrer Tätigkeit werden nicht verfehlen, den Leser stark zu fesseln.

J.

VII. Personalien.

— Geheimrat Prof. Neisser ist zum Ordinarius ernannt worden. Damit ist endlich auch für die Dermatologie die Rangerhöhung erreicht, welche anderen Spezialfächern schon lange gewährt ist.

Um Einsendung von Separatabzügen und neuen Erscheinungen an den Herausgeber Dr. Max Joseph in Berlin W., Genthiner Strasse 5, wird gebeten.

Verlag von Veit & Comp. in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

DERMATOLOGISCHES CENTRALBLATT.

INTERNATIONALE RUNDSCHAU

AUF DEM GEBIETE DER HAUT- UND GESCHLECHTSKRANKHEITEN.

HERAUSGEGEBEN
VON

DR. MAX JOSEPH

Zehnter IN BERLIN. **Jahrgang.**

Monatlich erscheint eine Nummer. Preis des Jahrganges 12 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie direkt von der Verlagsbuchhandlung VEIT & COMP. in Leipzig.

1907. **September.** **Nr. 12.**

I. Originalmitteilungen.

[Aus Dr. Max Josephs Poliklinik für Hautkrankheiten in Berlin.]

1. Über Sulfur colloidale.

Von Dr. **Max Joseph.**

Es gibt wenige Medikamente, von welchen wir in der Dermatologie einen so häufigen Gebrauch machen wie von dem Schwefel. Seit alters her galt er für ein glänzendes therapeutisches Agens bei den verschiedensten Hauterkrankungen. Leider haben aber alle bisherigen Schwefelpräparate den großen Nachteil, daß sie unlöslich sind und daher nicht sehr tief in die Haut eindringen können. Allerdings ist diese Unannehmlichkeit keine so schwerwiegende, weil wir oft genug den Schwefel nur auf die oberflächlichsten Epidermisschichten einwirken lassen wollen. Aber andere Male ist doch zweifellos der geringe therapeutische Effekt unserer Medikation darauf zurückzuführen, daß den bisherigen Schwefelpräparaten eine zu geringe Tiefenwirkung innewohnt.

Aus diesem Grunde ist es wohl berechtigt, immer wieder nach wasser-

löslichen Schwefelpräparaten zu suchen und deren therapeutische Wirksamkeit zu prüfen. Ich habe schon seit Jahren mit den mir bekannten Chemikern über diesen Gegenstand gesprochen und sie gebeten, mir ein wasserlösliches Schwefelpräparat zur Verfügung zu stellen, von dem ich mir für die Dermatotherapie einiges versprach. Leider wurde mir auf meine Anfragen immer erwidert, daß es nicht möglich wäre, ein wasserlösliches Schwefelpräparat zu liefern, da ein solches toxisch wäre und beim Menschen nicht angewandt werden dürfe. Die aber bisher als wasserlöslich angepriesenen Schwefelpräparate seien im chemischen Sinne, wie es scheine, keine Schwefelpräparate mehr, sondern chemische Verbindungen, in denen der Schwefel seine eigene therapeutische Wirksamkeit verloren habe.

Bei diesem Stande der Dinge wandte ich mich an die bekannte Chemische Fabrik von Heyden in Radebeul mit der Anfrage, ob sie mir zu therapeutischen Versuchen ein kolloidales Schwefelpräparat zur Verfügung stellen könnte. Mein Wunsch wurde erfüllt, und ich kann nun über meine bisherigen, sich fast über ein Jahr erstreckenden Versuche mit diesem Sulfur colloidale berichten. Während dieses ganzen Zeitraumes haben mich meine Assistenten, Dr. Steffen und Dr. Ernst, in der liebenswürdigsten Weise hierbei unterstützt, und ich möchte nicht unterlassen, ihnen auch an dieser Stelle hierfür meinen wärmsten Dank auszusprechen.

Der kolloidale Schwefel stellt ein grauweißes Pulver dar, welches sich in Wasser zu einer milchähnlichen Flüssigkeit löst. Im durchfallenden Lichte schillert die Lösung bläulich. Die Lösung muß stets frisch bereitet werden, weil sich nach einiger Zeit Sedimente bilden. Man übergießt das abgewogene Quantum des Präparates mit kaltem Wasser, läßt es einige Minuten stehen und schüttelt darauf tüchtig um, wobei sehr schnell Lösung eintritt. Die Mischung muß kalt bereitet werden. Für den kolloidalen Zustand der Lösung ist die Tatsache beweisend, daß bei der Dialyse keine Spur Schwefel durch die Membran geht. Das Präparat ist unlöslich in Alkohol, Alkohol plus Äther, Aceton und dergl., unlöslich in konzentrierter Kochsalzlösung, löslich in physiologischer Kochsalzlösung. Alkali- und Ammonsalze wirken in konzentrierten Lösungen aussalzend auf den kolloidalen Schwefel. Die entstandene Ausscheidung löst sich wieder beim Verdünnen mit Wasser. Die Lösungen werden nicht gefällt durch Eiweißlösungen, Serum, Blut u. a.; sie werden gefällt durch starken Alkohol, Alkohol plus Äther, Aceton. Die Niederschläge sind, nach Entfernung des Fällungsmittels, wasserlöslich. Mit Fetten, Lanolin, Vaseline, Wachs bezw. Seifen, läßt sich das Präparat zu gut einreibbaren Salben und Seifen verarbeiten, welche den Schwefel außerordentlich fein verteilt enthalten. Das Präparat brennt mit blauer Flamme. Der kolloidale Schwefel besteht nur zu 80% aus Schwefel und enthält ungefähr 20%

Eiweißsubstanzen, welche seinen wasserlöslichen, kolloidalen Zustand bedingen und für die Haltbarkeit des Präparates wichtig sind. Die wässerige Lösung wird durch Säuren gefällt. Beim Neutralisieren der Säure tritt wieder Lösung ein. Alkalische Flüssigkeiten, Eiweißlösungen, Serum, Sekrete der Schleimhäute und dergl. geben keine Fällung. Alkalisalze, Ammonsalze bewirken in konzentrierter Lösung Ausscheidungen, die Schwermetallsalze und diejenigen der alkalischen Erden geben unlösliche Niederschläge. Der kolloidale Schwefel hat neutrale Reaktion und ist infolgedessen durchaus ätzfrei.

Es ist aber die Frage durchaus berechtigt, welchen Vorteil hat es denn überhaupt, kolloidale Substanzen anzuwenden. Bevor wir darauf eingehen, müssen wir uns erst klar machen, was wir unter diesem Begriff verstehen. Wir nennen kolloidal Substanzen, die sich in Wasser scheinbar lösen, deren Lösungen jedoch nicht die Fähigkeit haben, durch Membranen zu diffundieren. Das bekannteste Beispiel derartiger „Pseudolösungen" liefernder Körper sind die Eiweißstoffe. Es handelt sich bei diesen kolloidalen Lösungen wahrscheinlich um Suspensionen allerfeinster, mit Hilfe des gewöhnlichen Mikroskops nicht mehr wahrnehmbarer Teilchen, deren Sichtbarmachung nur durch das Ultramikroskop gelingt. Zur Überführung eines Körpers aus der gewöhnlichen unlöslichen Modifikation in die kolloidal lösliche gibt es zwei Wege: 1) die elektrische Zerstäubung nach Bredig; 2) die Reduktion aus seinen Verbindungen auf nassem Wege in Anwesenheit eines schon in Lösung vorhandenen anderen kolloidalen Stoffes, z. B. eines Eiweißkörpers oder eines anorganischen Kolloids, wie Zinnsäure, wodurch die Ausfällung des unlöslichen Reduktionsproduktes verhindert wird. Die Anwesenheit dieses „Schutzkolloids" verhindert auch, daß die aus der kolloidalen Lösung abgeschiedene, neu gewonnene kolloidale Substanz bei der Aufbewahrung wieder in die unlösliche Modifikation übergeht.

Für die therapeutische Verwertbarkeit der kolloidalen Substanzen ist in erster Linie ihre Wasserlöslichkeit maßgebend. Es ist von vornherein klar, daß eine in unendlich feiner Verteilung befindliche Substanz viel eher therapeutische Wirkungen auslösen kann als eine ganz unlösliche. Es hat sich ferner gezeigt, daß einer großen Zahl von Lösungen kolloidaler Metalle katalytische Fähigkeiten zukommen, d. h. die Fähigkeit, durch bloße Anwesenheit chemische Reaktionen zu beschleunigen. Weiter hat sich gezeigt, daß die kolloidalen Substanzen und ihre Lösungen von äußerst geringer Reizwirkung auf Haut bzw. Schleimhaut des Applikationsorts sind. Aus den Tierversuchen Trolldeniers und den therapeutischen Erfahrungen Galewskys geht hervor, daß von dem kolloidalen Kalomel, dem sogen. Kalomelol, wesentlich größere Mengen nötig sind, um Erbrechen und Durchfall hervorzurufen als von dem gewöhnlichen Kalomel. Auch

ist von der Kalomelolsalbe bekannt, daß sie von der Haut vorzüglich vertragen wird (Neisser). Die Verwendung von Kollargollösungen ist völlig reizlos, an welcher Stelle sie auch erfolgt.

Alle diese Erwägungen mußten es gerade von vornherein als sehr aussichtsvoll erscheinen lassen, den kolloidalen Schwefel in der Dermatotherapie zu verwenden. Denn von den bisher gebrauchten Schwefelpräparaten repräsentiert die Schwefelblume den unlöslichen Schwefel, während die Schwefelmilch in ganz frisch hergestelltem Zustande wahrscheinlich ein Gemisch von ungelöstem und kolloidalem Schwefel enthält, welches aber sehr schnell vollständig in unlöslichen Schwefel übergeht. Die Schwefelalkalien enthalten den Schwefel chemisch gebunden und scheiden durch die Einwirkung von Luft oder von Säuren unlöslichen und wahrscheinlich auch etwas kolloidalen Schwefel ab. Sie haben, abgesehen vom schlechten Geruch, den großen Nachteil, daß sie stärker alkalisch wirken.

Dagegen ist die therapeutische Wirkung des kolloidalen Schwefels im Gegensatz zu der unlöslichen Modifikation bedeutend gesteigert durch die unendlich feine Verteilung der kolloidalen Substanz in ihrer Lösung. Daher ist die Anwendung einer Substanz in kolloidaler Form in allen den Fällen von Vorteil, wo die nicht kolloidale Form der betreffenden Substanz unlöslich und deshalb nur von verhältnismäßig geringer Wirkung ist. In der Regel ist eine solche Substanz in der löslichen kolloidalen Form von wesentlich stärkerer Wirkung. So ist z. B. das Silbermetall in der unlöslichen Form nur von außerordentlich schwacher Wirkung, wenn auch nicht ganz wirkungslos. Die Wirkung des Silbermetalls in der löslichen kolloidalen Form, wie sie im Kollargol vorliegt, ist aber eine ganz unvergleichlich schnellere und stärkere. Genau dasselbe Verhältnis findet bei gewöhnlichem unlöslichem Schwefel und kolloidalem Schwefel statt. Der Schwefel ist hier feiner verteilt und leichter resorbierbar.

Die Erwartungen, mit welchen wir an dieses neue Schwefelpräparat gingen, haben sich denn auch in vollstem Maße erfüllt. In allen jenen Fällen, wo bisher in der Dermatologie der Schwefel verwandt wurde, ist es wohl berechtigt, von jetzt an Sulfur colloidale zu verwenden. In schwach prozentuierten Lösungen ist die Wirkung zweifellos eine viel intensivere. Aber besonders zu empfehlen sind die $10\,^0/_0$igen Lösungen des kolloidalen Schwefels in Wasser und die $10\,^0/_0$igen Schwefelsalben, sowie $10\,^0/_0$ige Schüttelmixturen. Die Herstellung höher prozentuierter Lösungen macht schon Schwierigkeiten. Sie enthalten nur einen Teil des kolloidalen Schwefels gelöst, den Überschuß aber in höchst fein verteilter, noch ungelöster Form. Allerdings sättigt sich das Präparat in dem Maße, wie der gelöste Teil zur Resorption gelangt, wieder mit gelöstem Schwefel aus dem noch vorhandenen ungelösten Überschuß des kolloidalen

Schwefels. Aus diesem Grunde haben wir doch neben hauptsächlicher Bevorzugung der 10%igen Salben auch der 20, 30, ja 50%igen Salben nicht entraten zu können geglaubt.

Die Indikationen zur Verwendung des kolloidalen Schwefels waren zunächst die gleichen, wie wir als bekannt voraussetzen dürfen. In erster Reihe kamen alle seborrhoischen Zustände in Frage. Bei leichten Seborrhöen des Gesichts verwenden wir zunächst 2—5%ige wässerige Lösungen des kolloidalen Schwefels zu mehrmals täglich auszuführenden Waschungen und gehen allmählich zu 10%igen Lösungen über.

In gleicher Weise bewährt sich hierbei das Kummerfeldsche Waschwasser in der Verordnung nach Bernatzik, nur daß statt Sulfurpräzipitat das Sulfur colloidale verwandt wird. Man läßt auch hiermit bei leichten seborrhoischen Ekzemen des Gesichts und des Körpers nach tüchtigem Umschütteln des Waschwassers die kranken Teile mehrmals täglich abwaschen und eventuell wenn nötig, den Bodensatz mit einem Pinsel auf die kranken Stellen auftragen, wo er die Nacht über verweilt.

Ganz besonders aber empfehlen wir für die Acne indurata faciei die Lassarsche 2% Salizylpaste mit 10% Sulfur colloidale:

Rec. Sulf. colloidal. 10,0
Pasta salicylic. (Lassar) ad 100,0.

Dieselbe wird messerrückendick abends auf die kranken Teile aufgestrichen, darauf wird eine geringfügige Schicht Gaze oder Watte und darüber eine dünne Leinwandmaske gelegt, welche auf dem Hinterkopfe mit zwei daran angebrachten Bändern befestigt wird. Am nächsten Morgen wird die Paste zunächst mit Rüböl und alsdann das Gesicht mit warmem Wasser und einer 10%igen neutralen kolloidalen Schwefelseife (Sulfoidseife) gewaschen.

Sollte nach mehr oder weniger langem Gebrauche hiernach eine geringe artifizielle Dermatitis eintreten, so nehmen wir statt dieser Paste eine in gleicher Weise zusammengesetzte Salbe:

Rec. Sulf. colloidal. 10,0
Acid. salicyl. 2,0
Vasel. amer. alb. opt. ad 100,0.

Nachdem hierdurch im Laufe weniger Tage wieder die Reizung beseitigt, kehren wir zur Kolloidalpaste zurück, um nach öfterem Turnus dieser Medikation alsdann eine Heilung zu erzielen.

Während sonst nach längerem Schwefelgebrauche im Gesicht sich meist eine allerdings nur vorübergehende unschuldige Konjunktivitis einstellt, welche nach Fortlassen der Schwefeltherapie in einigen Tagen abheilt, haben wir dies bei Verwendung des Sulfur colloidale nie erlebt. Das scheint uns ein nicht unerheblicher Vorteil dieses Präparates zu sein.

Die gleiche Behandlungsweise kann auch mit gutem Vorteil bei der

Acne Rosacea angewandt werden. In den Anfangsstadien dieser Erkrankung kombinieren wir sie mit dem mehrmals täglichen Auftupfen eines 2—5 $^0/_0$ igen Resorzinspiritus auf die geröteten Stellen und in den vorgeschritteneren Stadien veröden wir gleichzeitig die dilatierten und neugebildeten Gefäße mit dem Unnaschen Mikrobrenner.

Auch für die Acne dorsi gibt uns noch immer die besten Resultate die Vlemingkxsche Lösung. Dieselbe entwickelt aber in der von Schneider angegebenen Modifikation einen fast unerträglichen Schwefelwasserstoffgeruch. Aus diesem Grunde verwenden wir als Ersatz der Vlemingkxschen Lösung und anderer schwefelkalziumhaltiger Zubereitungen eine flüssige oder vielmehr pasteuse Mischung von kolloidalem Schwefel und Schmierseife, hergestellt nach folgendem Rezept:

50 kolloidaler Schwefel
350 dest. Wasser
150 Schmierseife

auf 500,0 mit 5 Tropfen Neroliöl parfümiert.

Dieselbe ist nicht nur für die Acne des Rückens, sondern auch des Gesichts zu verwenden und läßt sich leicht in die Haut einreiben. Soll sie nach einigen Tagen des Gebrauches eine reaktive Entzündung der Haut hervorrufen, was wir ja meist beabsichtigen, so bildet sich dieselbe bald unter dem Gebrauche indifferenter Salben wie Borvaseline zurück.

Ich möchte aber diese flüssige kolloidale Schwefelseife wegen des leichten Eindringens in die Haut eher noch ganz besonders für die Behandlung der gleich zu besprechenden Alopecia pityrodes empfehlen, wo sie bei fettigem Haar ein sehr wertvolles und für den Patienten bequemes Ersatzmittel der Schwefelsalben ist. Sie wird hier als „weiche Schwefelseifen-Kopfpomade“ zu verwerten sein.

Ganz besonders möchte ich aber den kolloidalen Schwefel für die Alopecia seborrhoica pityrodes empfehlen. Hier waren wir ja seit Unnas Empfehlung auf den Schwefel als beinahe einziges kuratives Mittel angewiesen. Von allen übrigen reduzierenden Substanzen kennen wir kein besseres als den Schwefel, um den übermäßigen Verhornungsvorgang der Haarwurzelscheiden zu verhüten. Je tiefer aber dieser Prozeß bereits vorgeschritten war, um so weniger konnten wir von den bisherigen Schwefelpräparaten wegen ihrer geringen Resorbierbarkeit hoffen. Da stellt also dieses neue Schwefelpräparat in seiner unendlich feinen Verteilung, der leichteren Resorption und last not least der leichten Abwaschbarkeit nach Applikation auf die behaarte Kopfhaut geradezu ein Bedürfnis dar.

Wir benutzen als täglich bei dieser Krankheit anzuwendendes Kopfwaschwasser eine 10 $^0/_0$ ige wässerige Lösung von Sulfur colloidale mit Zusatz eines Parfüms, z. B.:

Rec. Sulfur colloidale 100,0
Aqu. dest. 1000,0

Als Parfüm werden auf 300 ccm zwei Tropfen Rosenöl oder Neroliöl zugesetzt.

Die regelmäßige Anwendung dieses Schwefelwassers und der Schwefelsalbe geschieht in folgender Weise: Jeden Morgen wird mit dem Schwefelwasser der Kopf gründlich gewaschen. Am Abend wird die Schwefelsalbe angewandt. Zu diesem Zwecke denke man sich die Kopfhaut in vier Teile geteilt. An jedem Abend wird nur ein Teil vorgenommen. Dieser wird in sagittaler und transversaler Richtung vielfach gescheitelt und in jeden Scheitel, sei es mit dem Finger, sei es mit einem Borstenpinsel, die Salbe eingerieben. Diese Kur muß monatelang hindurch angewandt werden, ist aber natürlich nach der einen oder anderen Richtung je nach dem einzelnen Falle abzuändern. Ganz besonders befürworte ich indes nach kurzer Zeit zu der weichen Schwefelseifen-Kopfpomade überzugehen.

Alsdann hat sich uns der kolloidale Schwefel noch in Form der bekannten Schüttelmixtur bei der Behandlung der Pityriasis rosea und des Ekzema squamosum bewährt.

Rec. Sulf. colloidal. 10,0
Zinci oxydati
Amyli. ana 20,0
Glycerini 30,0
Aqu. dest. ad 100,0

Die Flüssigkeit wird nach tüchtigem Umschütteln auf die kranken Stellen aufgepinselt und trocknet in einigen Minuten ein, ohne daß es eines Verbandes bedarf.

Die gleiche Medikation bewährte sich uns auch zur Unterstützung bei der Behandlung des Strophulus infantum, während wir für die Therapie der Scabies und der Prurigo schon höher prozentuierte Salben, 20, 30, ja 50 %, verwenden mußten, um einen guten Erfolg zu erzielen.

Ich hoffe, daß mit diesem Schwefelpräparat unser Arzneischatz wesentlich bereichert ist. Die hier angegebenen Indikationen werden gewiß noch erweiterungsfähig sein. Es wird mich freuen, wenn recht viele Kollegen zur Mitarbeit nach dieser Richtung durch diesen einleitenden Aufsatz angeregt würden.

---

2. Die „X-Zellen des spitzen Kondyloms“ (Unna) — Chromatophoren.

Von Axel Cedercreutz in Helsingfors (Finland).

Im Januar 1904 publizierte Unna[1] eine Arbeit: „Die X-Zellen des

[1] Unna, Die X-Zellen des spitzen Kondyloms. Monatsh. f. prakt. Dermatologie. XXXVIII. 1904. Heft 1.

spitzen Kondyloms". Er hatte mit Hilfe einer besonderen, komplizierten Färbemethode in spitzen Kondylomen eigentümliche Zellen aufweisen können, die mit irgendwelchen anderen Färbemethoden nicht zu erkennen waren. Anfangs glaubte Unna es mit fremden Organismen zu tun zu haben, aber später veränderte er seine Auffassung und meinte, daß die neuen Zellelemente am ehesten eigentümlich degenerierte Zellen des Stratum spinosum wären. Die naheliegende Hypothese, daß es sich hier um in das Epithel eingewanderte Leukozyten handeln könnte, wies er aus verschiedenen Gründen zurück und schloß seinen Aufsatz mit den Worten: „Man sieht, daß diese eigentümlichen Zellen noch sehr rätselvolle Gebilde darstellen; es sind vorderhand — X-Zellen".

Als Heimat dieser Zellen bezeichnete Unna „ganz allein die basale, der Cutis nächstgelegene Stachelschicht". Er beschrieb ihre Form- und Färbungsverhältnisse zugleich mit Abbildungen sehr genau. Er fand zwischen den X-Zellen und den Stachelzellen der Epidermis Übergangsformen und schreibt, daß er „schließlich nicht mehr an der Übergangsmöglichkeit von Stachelzellen zu X-Zellen zweifeln könnte".

Die Eigenschaften dieser neuen Zellen wurden von Pasini[1] weiter studiert, er fand eine einfachere Methode zu ihrer Darstellung und schloß sich den Ansichten Unnas an, indem er sagt, daß „die X-Zellen als eine besondere Entartung des Hautepithels zu betrachten" wären.

In der basalen Stachelschicht des spitzen Kondyloms sind aber schon früher eigentümliche Zellen bekannt gewesen, Zellen, welche sich mit Silber imprägnieren lassen. Reisner[2] beschrieb solche im Jahre 1894, und 1895 sah Vollmer[3] dieselben als „Langerhanssche Zellen" an, welche er für Nerven und Nervenendigungen hielt.

Im folgenden Jahre (1896) bewies Herxheimer,[4] daß Vollmer seine Befunde falsch gedeutet hatte. Herxheimer erklärte, daß die „Langerhansschen Zellen" aus dem Bindegewebe in das Epithel eingewandert waren, identifizierte dieselben mit pigmentlos gebliebenen Chromatophoren, und meinte, daß „gerade das Fehlen der Protoplasmafaserung bei den Chromatophoren uns an deren epithelialer Natur zweifeln lassen muß". (Unna hat ein Fehlen der Protoplasmafaserung bei den X-Zellen ebenfalls als Regel hervorgehoben.)

---

[1] A. Pasini, X-Zellen und hyaline Körperchen im Hautepitheliom. Monatsh. f. prakt. Dermatologie. XXXIX. 1904. S. 125.

[2] A. Reisner, Über das Vorkommen von Nerven in spitzen Kondylomen. Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. XXVII. 1894. S. 385.

[3] E. Vollmer, Nerven und Nervenendigungen in spitzen Kondylomen. Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. XXX. 1895. S. 363.

[4] Karl Herxheimer, Über Pemphigus vegetans nebst Bemerkungen über die Natur der Langerhansschen Zellen. Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. XXXVI. 1896. S. 141.

Der Ansicht Herxheimers schloß sich 1901 Ramazotti[1] an.

Die Frage des Ursprunges des Cutispigments und der Bedeutung der Chromatophoren sind seit langer Zeit Streitfragen in der Dermatologie gewesen. Aus den interessanten Untersuchungen Meirowskys[2] scheint es doch deutlich hervorzugehen, daß die Chromatophoren (die Langerhansschen Zellen) epithelialer Natur sind.

Nach Durchmustern meiner Präparate von spitzen Kondylomen — welche von verschiedenen sowohl blonden als brünetten Patienten stammen, und welche teils der Silberimprägnation nach Levaditi unterworfen sind, teils nach Unna oder Pasini gefärbt sind — habe ich mich von der Identität der Chromatophoren (Langerhansscher Zellen) und den Unnaschen X-Zellen überzeugt.

Die Gründe, die mich dazu gebracht haben, sind:

1) Die Lage der Zellen in dem Gewebe. — Sowohl die X-Zellen als die silberimprägnierten Zellen befinden sich hauptsächlich in den basalen Lagen des Epithels.

2) Die Morphologie der Zellen. — Beide haben unregelmäßige Form mit Ausläufern und lassen in der Regel Fasern vermissen.

Sind — wie ich es glaube — X-Zellen identisch mit Chromatophoren (Langerhansschen Zellen), so ist hierdurch, auf Grund von Unnas Untersuchungen über die X-Zellen, noch eine weitere Stütze für die Ansicht der epithelialen Natur der Chromatophoren gegeben.

II. Referate.

Allgemeine Pathologie und Therapie.

1) **La sporotrichose**, par Gaucher. (Gaz. des hôpitaux. 1907. Nr. 67.)

Die in den letzten Jahren mehrfach unter dem Namen „Sporotrichosis“ zuerst in Amerika, dann in Frankreich beschriebene Affektion hat viel Interesse wegen der klinischen Ähnlichkeit mit tuberkulösen und tertiär-luetischen Hautaffektionen. Die Multiplizität der Eruptionen, die Indolenz, die Chronizität, ihre Dispersion, das gewulstete Aussehen der Fistelöffnungen, die Abwesenheit von Adenopathien sind für die Sporotrichose charakteristisch; Sicherheit ergibt die Kultur: aseptische Entnahme von Eiter aus noch nicht geöffnetem Infiltrat, Aussaat auf zuckerhaltigem Nährboden, Verschluß der Reagensgläser mit Gazebäuschchen und Aufstellen bei Zimmertemperatur; in 8—10 Tagen treten gelbweiße, rundliche Kolonien auf, die sich bald ausbreiten, sich erheben, sich dann falten, wenn das Centrum eine braune Farbe annimmt.

---

[1] Virginio Ramazotti, Alcune ricerche sulla patogenesi e sull' istologia del condiloma acuminato. Giornale italiano delle malattie venere e della pelle. 1902. S. 129.

[2] Meirowsky, Beiträge zur Pigmentfrage. Monatsh. f. prakt. Dermatologie. XLII. 1906. S. 543; XLIII. 1906. S. 155 u. XLIV. 1907. S. 111 u. 116.

Mikroskopisch zeigt sich ein Fadenpilz, auf dessen Mycelium zahlreiche braune Sporen wachsen. Es empfiehlt sich, die Abszesse nicht zu öffnen, da die Ränder sich knotig infiltrieren und der Eiterungsprozeß unabsehbar ist. Jodkali, 3—5 g pro die, in Verbindung mit Umschlägen von Jodkali, führte sichere Heilung herbei.

Paul Cohn-Berlin.

2) **Chancre sporotrichosique et sporotrichose lymphangitique centripète primitive et localisée,** par Beurmann et Gougerot. (Gaz. des hôpitaux. 1907. Nr. 66.)

In den bisher beobachteten Fällen von Sporotrichose war die Eingangspforte der Infektion nicht nachweisbar, es handelte sich um unregelmäßige Dissemination. Verff. beschreiben hier einen Fall von sog. Chancre sporotrichosique, der in der Mitte der Stirn saß, eine breite papillomatöse Ulceration darstellte und sich auf einer Wunde etabliert hatte. Von dem Ulcus gingen zwei lymphangitische Stränge mit harten Knoten symmetrisch ab zu den präauriculären und oberflächlichen parotiden Drüsen, entsprechend den lymphatischen Stämmen der Stirn.

Paul Cohn-Berlin.

3) **Traitement simple de certaines dermatoses et déformations de la face,** par Jacquet. (Gaz. des hôpitaux. 1907. Nr. 64.)

Verf. geht von der Voraussetzung aus, daß gewisse Dermatosen des Gesichts, besonders im jugendlichen Alter, wie habituelle Rötung, hartnäckige Akne u. dgl., durch konstante Reizung der Därme hervorgerufen werden, deren Folge Zirkulationsstörungen des Gesichts sind; Hauptursachen sind zu hastiges Essen und unzweckmäßige Zusammensetzung der Nahrung. Verf. hat in zahlreichen Fällen durch systematische Erziehung zum bedächtigen Essen, durch Milchregime, dann durch Milch und vegetarische Kost, bei Akne in Verbindung mit methodischer Massage des Gesichts, sehr gute Erfolge erzielt. Einige typische Krankengeschichten illustrieren dieselben.

Paul Cohn-Berlin.

4) **Zinkperhydrolsalben in der Dermatologie,** von Theodor Mayer. (Dermatolog. Zeitschrift. 1907. Juni.)

Die von der Firma Merck in Darmstadt hergestellte 25 %ige Zinkperhydrolsalbe wirkte überall da sehr prompt, wo es sich um möglichst akute Krankheitsvorgänge handelt, ohne daß sie jemals irgendwelche Reizung hervorrief.

Immerwahr-Berlin.

5) **Die Behandlung der Stomatitis mit Kaubalsam „Sahir“,** von Müller-Staede. (Centralbl. f. d. gesamte Therapie. 1907. Mai.)

Verf. hat mit dem von der Firma Ludwig Sensburg-München eingeführten Kaubalsam „Sahir“ bei Fällen von „Stomatitis sordida“ und Stomatitis mercurialis gute Erfolge erzielt. Die Wirkung beruht auf den adstringierenden Eigenschaften des in den gummiartigen Pastillen vorhandenen Betel.

Paul Oppler-Breslau.

6) **Zur Kenntnis des Hautfarbstoffes als Schutzmittel,** von Solger. (Dermatolog. Zeitschrift. 1907. Juni.)

Der Hautfarbstoff wirkt in mehr als einer Hinsicht als Schutzmittel, wenn auch nicht außer acht gelassen werden darf, daß es sich in letzter Linie immer um Ausschaltung der ultravioletten Strahlen zu handeln scheint. Darum ist der menschliche Körper, wie derjenige der Tiere, an den belichteten Stellen stärker pigmentiert. Aber auch Teile, die leicht zu Hauterkrankungen neigen, sind reichlich mit Hautfarbstoff versehen, weil hier schon geringe Mengen ultravioletten Lichtes schädlich werden können. Sowohl die Allgemeinfärbung wie die erwähnte Teilfärbung werden vererbt. Die Anlage dazu muß

bereits in den Keimzellen vorgebildet sein. Eine Einwirkung des Lichtes hat damit nicht das geringste zu tun. Dagegen wirkt das Licht neben einer Anzahl anderer Faktoren verschiedener Natur als ein Reiz, der die pigmentvermehrende Fähigkeit des Organismus auslöst. Immerwahr-Berlin.

7) **Über Uviollichtbehandlung bei Hautkrankheiten,** von Artur Strauss. (Die Heilkunde. 1907. März.)

Verf. empfiehlt die Uviollampe überall, wo es sich darum handelt, eine Umstimmung der Gewebe, eine Anregung des Zellenstoffwechsels durch Hyperämisierung und erhöhte Oxydation, bessere Ernährung und Widerstandsfähigkeit der Haut zu erzeugen, sowie oberflächliche bakterizide oder hautreizende Wirkungen hervorzubringen. Die besten, auch kosmetisch günstigen Erfolge wurden bei chronischen Ekzemen, Akne, Trichophytien erzielt. Bei Ekzemen war eine Kombination der Licht- und Salbenbehandlung von guten Resultaten begleitet. Ein Vorzug der Uviollampe vor anderen Lichtapparaten ist die Möglichkeit große Flächen zu bestrahlen. J.

8) **Die allgemeine Therapie der Geschlechtskrankheiten.** Fortbildungsvortrag von Max Joseph. (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 25 u. 26.)

Der Verf. gibt die Grundzüge der allgemeinen Therapie der Gonorrhoe, des Ulcus molle und der Syphilis an, indem er neben Altbewährtem auch die ueuesten technischen Hilfsmittel erwähnt und ihren Wert bespricht. Wenn der Vortrag dem Fachkollegen auch nichts neues bringt, so rekapituliert er doch in gedrungener Kürze den gegenwärtigen Stand unserer therapeutischen Wissenschaft bei den sexuellen Leiden. Schourp-Danzig.

9) **Geschlechtstrieb und Schamgefühl,** von Havelock Ellis. Übersetzung von Kötscher. 3. Aufl. (Würzburg 1907, Stuber. 5 Mk.)

Das Vorliegen einer dritten Auflage beweist wohl am besten, welchen tiefen Eindruck dieses ernste Werk hinterlassen hat. Dieser Band enthält drei Studien, die als notwendige „prolegomena“ für eine Analyse des geschlechtlichen Instinktes zu gelten haben. Die erste Studie skizziert die Entwicklung des Schamgefühls, die zweite versucht eine Erklärung des Phänomens der Sexualperiodizität zu geben, und die dritte Studie beleuchtet die spontanen Äußerungen des Geschlechtstriebes. In ihren Grenzen sind diese Studien vollständig, und so wird gewiß auch diese vielfach erweiterte und gänzlich umgearbeitete Auflage das größte Interesse erregen. J.

10) **Sexuelle Wahrheiten,** von M. Porosz. (Leipzig 1907. 6 Mk.)

Das offene aufrichtige Wort der Frauenrechtlerinnen in Deutschland gab einen besonderen Aufschwung der sexuellen Literatur. Hierdurch wurde viel zur Klärung der Geheimnisse des sexuellen Lebens beigetragen. Viele Mediziner und Soziologen beschäftigten sich mit dieser heiklen Frage und unter diesen steht das vorliegende Werk an hervorragender Stelle. Verf. behandelt sein Thema streng wissenschaftlich. Interessant ist, wie er die Abkunft des Kusses von den Saugbewegungen des Säuglings feststellt. Ein besonderes pädagogisches Gefühl verrät das Kapitel „Über Bekämpfung der frühzeitigen Entwicklung der Sinnlichkeit“, in dem er beherzigenswerte Ratschläge gibt. Das Kapitel „Das dritte Geschlecht“ wird die Juristen besonders interessieren. Den Schluß des sehr interessanten Buches bildet eine Aufzählung der von dem Verf. erfundenen Instrumente zur Elektrisierung der Prostata, wonach oft überraschende Heilerfolge erzielt wurden. J.

11) **Freiheit oder gesundheitliche Überwachung der Gewerbsunzucht?**

Eine zeitgemäße Betrachtung von G. Vorberg. (München 1907, Gmelin. 1,50 Mk.)

Verf. gelangt zu dem Schlusse, daß in der Frage der Prostitutionsüberwachung einzig und allein der gesundheitliche Standpunkt maßgebend sein sollte. Bei den Geschlechtskrankheiten sind dieselben vorbeugenden Maßregeln zu ergreifen wie bei allen anderen ansteckenden Krankheiten. Besonders gefährlich sind die unbehandelt gebliebenen Syphilitischen mit ihren immer wiederkehrenden Schleimhautpapeln. Die Syphilis bedroht die Nachkommenschaft, die Rasse, die Lebensfähigkeit eines ganzen Volkes. Es gilt als etwas selbstverständliches, daß Scharlach-, Diphtherie-, Pocken-, Pest- und Leprakranke abgesondert werden, um nicht ihre Mitmenschen in Gefahr zu bringen. Weshalb sollte denn nun gerade für die Geschlechtskrankheiten, für die Syphilis eine Ausnahme gemacht werden? Wo es gilt, die Rasse, das Volk vor Entartung, vor dem Untergang zu bewahren, darf kein Mittel unversucht bleiben. Die persönlichen Interessen einer einzelnen Gruppe haben zurückzutreten, wenn es sich um das Wohl und Wehe der Gesamtheit handelt. J.

12) **Über das Vorkommen der Ernstschen Keratingranula in normalen und erkrankten Schleimhäuten mit besonderer Berücksichtigung der Gonorrhoe,** von Fanny Jampolski. (Deutsche Medizinal-Zeitung. 1907. Nr. 7.)

In Eiterpräparaten von Urethritis gonorrhoica, die zum Zwecke des Gonokokkennachweises nach Gram gefärbt waren, fand Jadassohn häufig mit feinen violetten Granula versehene Epithelzellen, die sich in nichts von den durch Ernst beschriebenen Zellen unterschieden. Die granulierten Zellen scheinen nicht zu den Bestandteilen des normalen Urethralsekretes zu gehören, sie finden sich dagegen regelmäßig bei der Urethritis gonorrhoica. Es kann sich hierbei um nichts anderes handeln als um verhornende oder verhornte Epithelzellen, die von den oberflächlichsten Lagen des an Stelle von Cylinderepithel neugebildeten Plattenepithels abgestoßen worden sind. Vielleicht kann das Vorkommen und die Häufigkeit der granulierten Zellen als Kriterium für das Vorhandensein bzw. die Intensität jener metaplastischen Vorgänge im Epithel angesehen werden. J.

13) **Bedeutung der Protargolsalbe für die Narbenbildung,** von Netter. (Berliner klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 29.)

Verf. berichtet über einen außerordentlich günstig verlaufenen Fall schwerer Verbrennung, den er im Anschluß an die Veröffentlichung Müllers (vgl. d. Centralbl. X. S. 203) mit Protargolsalbe behandelt hat.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

14) **Dermatohistologische Technik der Unnaschen Färbemethoden für den Praktiker,** von Heinrich Dreuw. (Med. Klinik. 1907. Nr. 27 u. 28.)

Die Gewinnung des Materiales erfolgt nach Vereisung der Haut durch Exzision mit dem Rasiermesser oder dem Skalpell oder Verf.'s Exstirpationsfeder. Die Vorbereitung bis zum fertigen Mikrotomschnitt besteht in 24 bis 48stündigen Härten und Fixieren des Stückchens in Alkohol absolut., außer wo Fixation von Nerven und Fett in Betracht kommt, darauf Verweilen in Alkohol absolut. + Äther āā während 12—24 Stunden, darauf Einlegen in dünne Celloidinlösung für 12—48 Stunden, dann in dicke Celloidinlösung für dieselbe Dauer. Bei der nun folgenden Darlegung des Färbeaktes selbst bis zur Einbettung des Schnittes in Kanadabalsam bespricht Verf. nicht nur

die Hauptsachen der Färbetechnik, sondern auch die chemischen Theorien über den Vorgang des Färbens. Daran schließt sich ein Kapitel über die mikroskopische Untersuchung der gefärbten Präparate unter Darlegung der hauptsächlichsten von Unna angegebenen bzw. von ihm modifizierten Färbemethoden. Bei jedem Färberezept sind die Gründe angeführt, die den einzelnen Vorgang erklären. F. Biberstein-Gleiwitz.

15) **Vergleichende experimentelle Untersuchungen über die Wirkung des Finsenschen Kohlenlichtes und der medizinischen Quarzlampe,** von Paul Mulzer. (Med. Klinik. 1907. Nr. 29.)

Bei der Nachprüfung der Kromayerschen Versuche über die Tiefenwirkung des Quecksilberquarzlichtes konnte Verf. die letzteren nicht bestätigen. Es ergab sich aus seinen eingehend beschriebenen Versuchen, daß in der Oberflächenwirkung die chemische Intensität der Strahlen der Quarzlampe derjenigen des Finsen-Apparates und Finsen-Reynlampe gleichkommt; in der Tiefenwirkung dagegen übertreffen die beiden letzteren die Quecksilberlampe bei weitem. Durch das Studium der bakteriziden Eigenschaften der Quarzlampe ergibt sich ihre starke bakterientötende Kraft bei Oberflächenbestrahlung, indem $^3/_4$ stündige Belichtung einer lebenden ischämischen Hautschicht Prodigiosuskulturen in $^1/_2$ mm Tiefe deutlich im Wachstum hemmte, nach einstündiger Belichtung sie abtötete. Dagegen war eine Einwirkung in 1 mm Tiefe nicht mehr zu konstatieren. Im Gegensatz dazu konnte das konzentrierte elektrische Bogenlicht in $^1/_2$ mm Tiefe selbst bei einstündiger Belichtung keinen hemmenden Einfluß auf das Bakterienwachstum ausüben. Zum Schlusse widerlegt Verf. experimentell die Scholtzsche Ansicht, daß die Finsen-Behandlung auf einer Wärmewirkung beruhe.

F. Biberstein-Gleiwitz.

16) **Über die bisher vorliegenden Ergebnisse der therapeutischen Anwendung von Röntgenstrahlen,** von H. E. Schmidt. (Berliner Klinik. 1907. Juli.)

Das Hauptfeld für die Röntgen-Therapie bildet die Dermatologie. Chronische Ekzeme, besonders Handekzeme mit starker Hyperkeratose und Rhagadenbildung, werden durch wenige Röntgen-Bestrahlungen zur Heilung gebracht, während oft alle anderen Methoden versagen; der hartnäckige Juckreiz bei analen und genitalen Ekzemen schwindet nach einer oder wenigen Sitzungen. Lichen chronicus simplex (Vidal) mit seinem enormen Juckreiz wird durch wenige Röntgen-Bestrahlungen geheilt. Frische Psoriasisfälle reagieren schnell auf eine wirksame Bestrahlung. Beim Lichen ruber verrucosus flachen die Plaques bald nach der Bestrahlung ab, während zur völligen Resorption der Infiltrate meist eine größere Anzahl von Bestrahlungen nötig ist. Sycosis simplex und Acne vulgaris sind dankbare Heilungsobjekte für die Röntgen-Therapie, ebenso die hartnäckige Furunkulose der Nackengegend und das Aknekeloid. Lupus tumidus und exulcerans werden durch schwache Röntgen-Strahlung „kosmetisch" zur Heilung gebracht. Erhebliche Besserung sah Verf. bei Tuberculosis cutis verrucosa und bei Skrophuloderma. Für den Favus des behaarten Kopfes ist die Röntgen-Behandlung wohl die normale Therapie; von einzelnen Autoren wird auch der Herpes tonsurans der behaarten Kopf- und Gesichtshaut lediglich mit Röntgen-Strahlen behandelt. Warzen und Keloide schwinden nach Röntgen-Strahlung. Oberflächliche ulzerierende Kankroide der Haut werden stark durch Röntgen-Behandlung beeinflußt; refraktär verhalten sich ausschließlich solche, bei denen die Epithel-

wucherung sehr in die Tiefe greift. Mycosis fungoides wird durch ganz schwache Röntgen-Bestrahlungen zum Verschwinden gebracht. Hyperhidrosis der Hände und Füße wird durch Röntgen-Bestrahlung erheblich gebessert bzw. geheilt. Vor der Röntgen-Behandlung des „Frauenbartes“ warnt Verf. wegen der möglicherweise später auftretenden Hautatrophie und Teleangiektasiebildung. Erhebliche Besserung sah Verf. in einem Falle von Elephantiasis faciei im Anschluß an rezidivierende Erysipele. Verschlimmerungen unter der Röntgen-Behandlung gibt Verf. an stets bei Karzinomen gesehen zu haben, welche von der Zunge, der Mundschleimhaut und der Conjunctiva ausgegangen waren. Bei Struma, Prostatahypertrophie, bei nicht erweichten venerischen Bubonen wurden durch Röntgen-Bestrahlungen günstige Erfolge erzielt. Nachdem Verf. noch die Röntgen-Bestrahlung in der Gynäkologie und auf dem Gebiete der inneren Medizin besprochen hat, betont er im Schlußworte, daß eine therapeutische Röntgen-Bestrahlung gerade so wie eine chirurgische Operation ein mit gewissen Gefahren verbundener Eingriff ist, welcher bestimmte Veränderungen des Organismus bedingt und daher nicht einem Wärter oder einer „Röntgen-Schwester“ überlassen werden sollte.

Schourp-Danzig.

Entzündliche Dermatosen.

17) **Über Hautveränderungen beim Diabète broncé,** von Julius Heller. (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 30.)

Die Krankheitsgeschichte des Falles, von dem berichtet wird, reicht 20 Jahre zurück. Der Patient erreichte ein Alter von 73 Jahren und bildet einen Beweis gegen die bisherige Annahme, daß Broncefärbungen bei Diabetes als prognostische, fast absolut infauste Symptome aufzufassen sind. Die erste dunkle Färbung der Wangenhaut wurde vor etwa 20 Jahren bemerkt, sie nahm ungefähr die Hautpartien, welche bei der typischen Schmetterlingsfigur des Lupus erythematodes zu erkranken pflegen, ein; der Farbenton schwankte zwischen bleigrau bis graubronzefarben. Das Hauptinteresse des mikroskopischen Befundes nimmt das Verhalten des Pigmentes in Anspruch. Es stellte sich als gelb-braune, feinkörnige Substanz dar, die zweifellos an Zellen gebunden ist. Die Eisenreaktion gab kein Resultat. Das Pigment lag meist in der Basalschicht des Rete und in der subepithetialen Schicht des Corium. Ein Unterschied in der Pigmentierung der Papillen und der unter den Retezapfen gelegenen Cutispartie bestand nicht. Vom Stratum corneum an gemessen erstreckte sich die pigmenthaltige Zone etwa 0,15 mm in die Tiefe. Hier sah man Pigmentanhäufungen, welche die Form der Bindegewebszellen bewahrt hatten oder unregelmäßige Haufen darstellten. Die Länge der Pigmentzellen war ungefähr 35 μ, ihre Breite war der Länge gleich oder ging bis auf $^1/_5$ der Länge herab. Die Pigmentierung bestand aus ganz kleinen, regelmäßig geformten, runden Körnchen; die dunklere Tönung des Pigments wurde durch engeres Aneinanderliegen und dichteres Übereinanderliegen der Körnchen bedingt. Eine Beziehung des Pigmentes zu den Gefäßen ließ sich im vorliegenden Falle nicht feststellen.

Schourp-Danzig.

18) **Über Pemphigus neonatorum, seinen Zusammenhang mit Dermatitis exfoliativa neonatorum und Impetigo contagiosa,** von Vorster (Inaug.-Dissert. Rostock 1907.)

Verf. gelangt zu dem Schlusse, daß der Pemphigus neonatorum eine

kontagiöse Erkrankung ist, welche durch Übertragung eines Staphylococcus (aureus, albus) entsteht, sporadisch oder epidemisch auftritt, und gutartig oder bösartig verläuft. Sind an der Infektion außer Staphylokokken auch Streptokokken beteiligt, so verlaufen die Fälle von vornherein unter Fieber bösartig, während sonst Fieber fehlt; event. tritt Gangrän ein, auch hämorrhagische Blasen. Die Dermatitis exfoliativa Ritter ist eine zum Pemphigus gehörige maligne Erkrankung, sie steht zum Pemphigus neonatorum wie der Pemphigus foliaceus zum Pemphigus vulgaris: Ätiologisch steht der Pemphigus neonatorum der Impetigo contagiosa sehr nahe. J.

19) **Über Gangrän des Skrotums**, von Kettner. (Berliner klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 30.)

Ein 35jähriger Arbeiter zog sich angeblich durch Scheuern an neuen Beinkleidern Hautabschürfungen am Scrotum zu, gegen die ihm Salicylpasta und Puder verordnet wurde. Hierauf trat starke Rötung und Schwellung ein, gegen die er Umschläge machen sollte. Statt, wie verordnet, sich eine Verdünnung herzustellen, benutzte er, nachdem er zunächst vier Eßlöffel der konzentrierten Flüssigkeit innerlich genommen hatte, diese ebenso zu Umschlägen. Nunmehr trat eine Gangrän auf, der große Teile des Scrotums zum Opfer fielen. Die Flüssigkeit stellte sich als Liq. alum. acet. heraus. Da dieses derartige Ätzwirkungen nicht hervorrufen soll, auch in der Literatur über derartige Fälle nichts bekannt ist, wurde die Diagnose auf Erysipelas gangraenosum gestellt. Therapeutisch empfiehlt Verf. bei so ausgebreiteten Hautdefekten nicht die Heilung per naturam abzuwarten, sondern eine plastische Operation vorzunehmen. Lengefeld-Brandenburg a/H.

20) **Die Behandlung des Erysipels mit Metakresolanytol**, von Neumann. (Berliner klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 29.)

Von der Anwendung des Metakresolanytols, eines tiefschwarzen, syrupdicken, nach Ichthyol riechenden, leicht in Wasser löslichen, nicht ätzenden Präparates, sah Verf. günstigste Erfolge beim Erysipel. Es wurde von ihm unverdünnt mit einem Wattepinsel in etwa 10—12 cm Entfernung vom Krankheitsherd und in der Richtung nach diesem, dann erst auf diesem selbst ganz dick aufgetragen. Es trocknet zu einem Firnis ein. Diese Pinselungen hatten teilweise schon am ersten Tage dauernd Erfolg, indem die Temperatur zur Norm abfiel. Gleichwohl sei es besser, bis zum Abfall auf eine fast subnormale Temperatur (36,0—36,5) die Pinselung einmal täglich fortzusetzen. Verf. glaubt, in dem Präparat ein Mittel gegen Erysipel zu haben, das in der Praxis Ausgezeichnetes zu leisten verspricht. Lengefeld-Brandenburg a/H.

21) **Erythema toxicum grave nach antimalarischer Behandlung**, von B. Pericić. (Wiener med. Presse. 1907. Nr. 29.)

Infolge antimalarischer Behandlung mit Chinin-Eisen-Arsen beobachtete Verf. 9 Fälle von schwerem, toxischen Erythem, von welchen vier letal verliefen. Unter akutem Fieber verbreitete sich mit Bevorzugung von Gesicht, Hals und Handrücken diffuse Rötung und Schwellung über die Haut, oft auch Schleimhaut, steigerte sich stellenweise zu Blasen- und Krustenbildung, heilte unter feinschuppiger Desquamation sehr langsam oder führte unter Herzschwäche zum Exitus. Der Zusammenhang der Erkrankung mit dem Gebrauch der Arsen-Chinintabletten lag auf der Hand, und da in Harn und Haut sich Arsenspuren fanden, lenkte sich der Verdacht aller Beobachter auf das Arsen. Im Gegensatz hierzu weist Verf. darauf hin, daß auch Chinin scarlatiniforme Erytheme, Hämorrhagien, Purpura, Ödeme usw. erzeugen

könne, während nach so kleinen Arsendosen nie so schwere, ja tödliche Erytheme berichtet wurden. Um klarzustellen, ob Arsen oder Chinin die Schädlichkeit bildete, müsse man bei künftigen Malariaepidemien in einigen Gegenden nur mit Chinin, in anderen nur mit Arsen behandeln, aber natürlich sofort beim Erscheinen eines Exanthems die Medikamente fortlassen. Wenn aber, wie es ja auch bei anderen Erkrankungen und Medikamenten vorkommt, der Patient des Chinins, welches er schlecht verträgt, dringend bedarf, so muß man versuchen, durch Herabsetzung der Dosis oder Veränderung der Applikation eine Toleranz zu erreichen. Endlich kämen Hitze und Nahrung noch bei der Entstehung solcher Intoxikationen in Betracht. J.

22) **Über familiäres Vorkommen von Lichen ruber planus**, von G. v. Knobloch. (Inaug.-Dissert. Rostock 1907.)

In den bis jetzt bekannten 21 Fällen dieser Art erkennt Verf. keine Zufälligkeit. Es muß vielmehr aus dem häufigeren Vorkommen dieser im Verhältnis zu anderen Dermatosen seltenen Hautkrankheit bei Mitgliedern einer Familie der Schluß gezogen werden, daß in dem familiären Verhältnis der Erkrankten zueinander ein wesentlicher ätiologischer Faktor liegt. J.

23) **Gesichtspunkte zur Ätiologie und Therapie des Ekzems**, von Karl Ullmann. (Die Heilkunde. 1907. Juni.)

Aus den eingehenden Erörterungen, in welchen Verf. die verschiedenen Formen des Ekzems behandelt, geht hervor, daß diese entzündliche Hautreaktion ebenso häufig durch im Körper erzeugte Reizstoffe hervorgerufen wird, als wie sie auf einer angeborenen Reizbarkeit der Haut beruhen kann. Die Therapie muß daher mehr den ganzen Organismus und die individuelle Veranlagung des Patienten berücksichtigen, als die speziellen Hautsymptome, und aus dem gleichen Grunde können innere Darreichungen ebenso wirksam als äußere Mittel durch Beseitigung der inneren Krankheitsursache zur Heilung führen. Wo allerdings die ätiologischen Faktoren zu kompliziert und zu eng mit der ganzen Konstitution des Patienten verwachsen erscheinen, muß man sich mit einer relativen Besserung der Hautaffektion begnügen. In therapeutischer Hinsicht betont Verf. noch, daß neuere, technische Fortschritte ein Abweichen von gewissen Dogmen, z. B. dem Waschverbot, gestatten und auch bei hartnäckigen Ekzemen eine schnellere und bequemere Heilung ermöglichen als früher. J.

24) **Über Leukoderma psoriaticum,** von Yoshida. (Inaug.-Diss. Rostock 1907.)

Nach dem Verf. entwickelt sich das Leukoderma psoriaticum nur da, wo Efflorescenzen der Krankheit zur Abheilung kamen. Die Veränderung tritt nach den verschiedensten Behandlungsweisen der Krankheit auf, aber auch ohne jede Behandlung und überdauert lange Zeit (1—2 Jahre) die durch äußere Therapie veranlaßten Farbendifferenzen auf der Haut. Die Entwicklung der weißen Flecken erfolgt entweder, indem die genannte Efflorescenz über die Norm hinaus beim Schwinden abblaßt oder von einem um dieselbe entstandenen weißen Hof ihren Anfang nimmt. Die umgebende Haut ist entweder von Natur hyperpigmentiert oder wird es event. durch innere Arsentherapie, oder aber sie ist normal. Der histologische Befund ist mit dem des syphilitischen Leukoderm identisch. J.

Neuritische Dermatosen.

25) **Erythromelalgia,** by Jro. Wils. Voorhees. (Journ. of the Amer. Med. Association. 1907. Juni.)

Verf. gibt einen ausführlichen Bericht über die in der Literatur beschriebenen Fälle von Erythromelalgie, darunter eine seiner eigenen früheren Veröffentlichungen und erörtert dabei die verschiedenen Vermutungen über die Ätiologie dieser eigentümlichen Erkrankung. Von den vielen therapeutischen Versuchen, Morphin, Atropin, Ergotin, Cardiaca, Jodpräparaten usw. konnte er keinen nennenswerten Erfolg beobachten. Chirurgische Eingriffe oder lokale Applikationen von Eis und Alkohol, sowie vorsichtige Anästhesierung mit Chloroform, Äther oder Chloräthyl schafften manchmal Erleichterung. Man berücksichtige den Harninhalt oder gastrische Störungen und verbiete alle schweren Speisen und Getränke, besonders rohes Fleisch. J.

26) **Über Sensibilitätsstörungen bei und nach Herpes zoster, zugleich ein Beitrag zur Kenntnis vom Verlaufe der Bahnen der Hautsinne,** von Karl Petrén und G. Bergmark. (Zeitschr. f. klin. Med. LXIII. 1907.)

Unter den 13 Fällen von Zoster waren in 10 Anästhesien, welche nicht fleckenförmig angeordnet, sondern diffus und gleichmäßig verbreitet auftraten, vorhanden, und eine konstante Herabsetzung des Schmerzsinnes mit sich brachten. Bemerkenswert war die einmal bestehende sichere wahre Hyperalgesie, ein Symptom, welches übereinstimmt mit der äußerlich durch Blasen und Erythem bezeichneten anatomischen Hautveränderung, welche die Funktion der Endorgane der sensorischen Nerven wohl verändern kann. Erhebliche Sensibilitätsstörungen während des Herpes kündigten meist eine nachfolgende chronische Neuralgie an. Störungen des Tastsinnes bestanden nur, wenn sich der Zoster mindestens auf die Innervationsgebiete von 3 Spinalganglien ausdehnte. Häufig war der Tastsinn intakt, während die Leitung des Schmerzsinnes gestört war, eine Erscheinung, die sich wahrscheinlich aus der stärkeren Überlagerung zwischen den Gebieten der verschiedenen Wurzeln betreffs des Tastsinnes, als wie des Schmerzsinnes erklärt. Die Erfahrung beim Menschen sowie von anderen Autoren bei Affen sprechen dafür, daß die Innervationsgebiete der verschiedenen thorakalen Spinalganglien, bzw. Wurzeln betreffs der Schmerz- und Temperatursinne nur wenig übereinandergreifen, daß dies aber in bezug auf den Tastsinn in weit höherem Grade der Fall ist. J.

27) **Über einen Fall von traumatischer Alopecia areata,** von Hans Hirschfeld. (Monatsschrift f. Unfallkeilkunde u. Invalidenwesen. 1907. Nr. 5.)

Der 27 jährige, sonst gesunde, nicht übermäßig Alkohol genießende Pat. erhielt mit einer Eisenstange einen heftigen, sehr schmerzhaften Stoß gegen den behaarten Kopf. Ohnmacht oder Erbrechen trat nicht ein, doch entwickelte sich eine Beule, nach deren Verschwinden der Kopfschmerz immer noch fortbestand. Bald darauf fielen an der verletzten Stelle die Haare auf einem kreisrunden Bezirk, welches das Bild deutlicher Alopecia areata zeigte, aus. Alle Kopfnervenstränge erwiesen sich als druckempfindlich. Verf. erörtert, inwieweit ähnliche Folgen von Traumen zu Ansprüchen auf Unfallsentschädigung führen können. J.

28) **Über Blaseneruptionen an der Haut bei centralen Affektionen des Nervensystems,** von Hermann Schlesinger. (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 27.)

Aus einer mitgeteilten Krankengeschichte geht hervor, daß im unmittelbaren Anschlusse an eine linksseitige Körperlähmung, welche mit schweren Sensibilitätsstörungen und erheblichen vasomotorischen Anomalien auf der gelähmten Seite einherging, eine mächtige Blaseneruption eingetreten war, welche die gesunde Seite fast völlig verschonte, durch einige Wochen rezidivierte

und schließlich unter Hinterlassung reichlicher Pigmentierungen abklang. Diese Blaseneruption will Verf. — wie es Rosenthal vorschlug — vom Pemphigus, als zu diesem nicht gehörig, abtrennen und stellt daher die unterscheidenden Merkmale der bullösen Hauteruptionen bei Affektionen des Centralnervensystems und des Pemphigus einander gegenüber. Als bisher bekannte Hauptformen der Blaseneruptionen bei Cerebral-Spinalleiden wären anzusehen — Herpes zoster ausgenommen —: I. die halbseitigen Blaseneruptionen auf der Seite cerebraler Körperlähmungen, II. die spärlichen, mitunter doppelseitigen, lokalisiert bleibenden Blaseneruptionen bei manifesten Spinalaffektionen (am häufigsten an den Händen und Vorderarmen). In beiden Gruppen von Fällen finden sich neben den Blaseneruptionen ausgesprochene Veränderungen nervöser Natur in bezug auf Motilität und Sensibilität, oft auch ausgesprochen vasomotorische und trophische Störungen. Dieser Gruppe wären anzuschließen die Fälle von lokalisierten, nicht zosterartigen Blaseneruptionen bei Erkrankungen peripherischer Nerven im Ausbreitungsbezirke des erkrankten Nerven und die Fälle von örtlichen Blasenausschlägen bei Affektionen von Spinalganglien.

Schourp-Danzig.

Parasitäre Dermatosen.

29) **Primärer Favus des Skrotum,** von Ed. Arning. (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 16.)

Bei einem 18jährigen Manne, der nie außerhalb Hamburgs war, wurden über der ganzen vorderen Fläche des Hodensackes typische Scuticula von 1—3 mm Durchmesser gefunden. Nirgends fand sich ein herpetisches Vorstadium. Die Kopfhaut war absolut frei. In der von Plaut angegebenen Weise wurden Kulturen angelegt und schon nach 2 Tagen schöne Sterne des Pilzes erhalten. Menschenfavus ist in Hamburg sehr selten, während dort favuskranke Mäuse öfter beobachtet wurden.

Schourp-Danzig.

30) **Die Bedeutung der Schimmelpilze für die Dermatologie und die allgemeine Pathologie,** von J. Selenew. (Russ. Wratsch. 1907. Nr. 5.)

Eine größere Arbeit in Aussicht stellend, teilt Verfasser vorläufig in aller Kürze seine Beobachtungen mit, die ihm zu folgenden Schlüssen Veranlassung geben: Die Morphologie und die Lebensbedingungen vieler Schimmelpilze sind noch völlig unaufgeklärt, besonders im Zusammenhange mit den organischen Produkten des Menschen, weshalb auch ihre allgemeinpathologische Bedeutung bisher unbekannt ist. Die Schimmelpilze können eine jede Hauterkrankung besonders ulceröser Natur komplizieren, sie können verschiedene selbständige Veränderungen in der Haut, wie Schilferung, Bläschen- und Knötchenbildung, Pusteln und Geschwüre verursachen. Sie können scheinbar gewisse Typen von Hauterkrankungen veranlassen: Dermatomycosis, Varioloides faciei, Erythema mycoticum, Dermatomycosis lupoides. Die Schimmelpilze können auch den Ausgangspunkt für Neubildungen der Haut und des Unterhautzellengewebes abgeben (Hautsarkome, Hautsarcoide). Werden Blutgefäße von Schimmelpilzen affiziert, so kann Allgemeininfektion eintreten. Der Schimmelpilz spielt in bezug auf Zerstörung von lebenden Zellen und Geweben eine hervorragende Rolle, er zerfrißt sie und verwandelt sie in Staub.

S. Prissmann-Libau.

31) **Nouvelles recherches sur les microsporums. Deuxième memoire, par** Sabouraud. (Annales de dermatologie. 1907. April.)

In der zweiten Abteilung seiner Studie beschäftigt sich Verf. mit der mikroskopischen Untersuchung des Mikrosporon lanosum. Er gibt zuerst die technischen Details an, erwähnt dann, daß er zur Reproduktion der Bilder nicht die Photographie sondern die Zeichnung gewählt habe. Von der sehr ausführlichen, von vielen Abbildungen begleiteten Arbeit, können hier nur die Ergebnisse kurz mitgeteilt werden, bezüglich näherer Details sei auf das Original verwiesen. Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1) das Mikrosporon lanosum dringt in die Hornschicht ein mittels eines Netzes sich schlängelnder Fäden. 2) Es durchdringt die Follikelöffnung in Form eines Kegels von Pilzen, zusammengesetzt aus Anhäufungen von Riesenmycelien. 3) Es bildet in der Epidermis des Follikels rings um das Haar ein feines Reticulum von schlanken Mycelien. 4) Beim Austritt aus dem Ritzkegel der Follikelöffnung gehen lange bandartige Mycelien längs des Haares in die Tiefe desselben und bilden an seiner Oberfläche Inseln von balkenartigen Sporen, deren Masse Verf. „la cuirasse sporalaire du cheveu microsporique“ nennt.

Raff-Augsburg.

32) **Die Haarparasiten bei Kindern,** von S. Bormann. (Petersburger med. Wochenschrift. 1907. Nr. 5.)

Nach Schilderung der voneinander etwas abweichenden Krankheitsbilder der Mikrosporie (Microsporon Audouini), der Megalosporie (Megalosporon endotrix), der Trichophytie tierischen Ursprungs (Trichophyta megalospora ectotrica), der entzündlichen Form der Trichophytie (Kerion Celsi) und der Erwähnung des typischen Favus mit näherer Beschreibung der einzelnen Parasiten, die alle in den Haarwurzeln oder im Epithel der Haarfollikel nisten, gelangt Verf. zum Schluß, daß keine einzige Salbe so tief wie erforderlich in die Haut dringt, auch nicht die Jodtinktur noch das Jodvasogen, so daß eine erfolgreiche Therapie ohne Epilation unmöglich ist. Durch die moderne Röntgentherapie ist das schmerzhafte Haarausreißen ein überwundener Standpunkt geworden. Die Röntgenbestrahlung kann einerseits als bloßer Ersatz der Epilation mit nachfolgender Application parasitizider Mittel (Jodtinktur, Resorcin, Teer) aufgefaßt werden, anderseits als einziges und direktes Heilmittel. Das letztere ist nur bei nicht zu großen zirkumskripten Herden möglich. Nach der neuen Skala des Quantimeters von Kienboek ist die Dosis für Epilation am Kopfe nach Verf.'s persönlichen Erfahrungen gleich 4 x, — dabei darf nie eine negative Reaktion der Haut (Rötung oder Dermatitis) hervorgerufen werden.

S. Prissmann-Libau.

Chronische Infektionskrankheiten der Haut.

33) **Die Heilung der Lepra,** von Diesing. (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 20.)

Der Verf. vertritt die Ansicht, daß die von ihm angegebene subkutane Zuführung von Jodoformölemulsion am meisten bei der Heilung der Lepra leistet. Er empfiehlt bei der Auswahl der Patienten vorsichtig zu sein; die Injektionen sind nämlich kontraindiziert bei Geisteskranken, Leukämischen und bei Leuten mit geschwächtem Herzen. Weiter verlangt er durch Probeinjektionen die Empfindlichkeit des Patienten gegen Jodoform zu prüfen, ehe die definitive Einleitung der Kur erfolgt. Als Injektionsstellen rät der Verf. diejenigen zu wählen, an denen der Krankheitsprozeß am weitesten vorgeschritten ist, Geschwüre, Knoten oder Hautflecke, und das Jodoform so an

den Krankheitsherd heranzubringen, daß es vom Lymphstrom centripetal weitergeführt und in das erkrankte Gewebe hineingeschwemmt wird.

Schourp-Danzig.

34) **Ein rascher Nachweis des Tuberkelbacillus durch den Tierversuch,** von Bloch. (Berliner klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 17.)

Nach folgender Methode gelang Verf. in der Casperschen Klinik nach 9—11 Tagen der Nachweis von Tuberkelbazillen: Von dem mit Katheter entnommenen, auf Tuberkelbazillen verdächtigen Urin wurden ca. 12 ccm 5 Minuten elektrisch zentrifugiert. Die über dem Sediment stehende Flüssigkeit abgeschüttet und das Sediment selbst in 3 ccm einer zugefügten sterilen Kochsalzlösung bis zur gleichmäßigen Verteilung aufgeschüttelt. Von dieser Aufschwemmung wurde einem Meerschweinchen 1 ccm subkutan in die rechte Leistengegend injiziert. Dann wurde die rechte Leistenfalte des Tieres zwischen Daumen und Zeigefinger gefaßt und die Leistengegend einige Male reibend durchtastet, immer mit den beiden Fingern von der Tiefe zur Oberfläche gehend. Dabei kamen die Leistendrüsen als ganz kleine Knötchen zwischen den reibenden Fingern zur Wahrnehmung und wurden durch festeres Drücken gequetscht. Das Resultat war, daß auch bei tuberkulose-verdächtigen Fällen nach 9—10 Tagen haselnußgroße Knoten in der rechten Leistengegend zu fühlen waren, die aus 3 bis 6 um das mehrfache vergrößerten Lymphdrüsen bestanden, in denen mit Leichtigkeit Tuberkelbazillen nachgewiesen werden konnten. Mit dieser Methode gelang der Nachweis in den Versuchen, in welchen injiziert waren: 1. Reinkulturen von Tuberkelbazillen. 2. Urinsediment der vorher als gesund angenommenen Niere bei sichergestellter Diagnose einer Nierentuberkulose der andern Seite. 3. Urinsedimente von Patienten, bei denen die klinischen Symptome einer Urogenitaltuberkulose bestanden, Tuberkelbazillen aber nicht gefunden waren. 4. Urinsedimente von Patienten, bei denen die Symptome einer Urogenitaltuberkulose nicht ausgeprägt, im Sediment aber vereinzelt säurefeste Stäbchen gefunden waren. — Der negative Nachweis konnte erbracht werden in jenen Fällen, in denen injiziert waren: 1. Das Sediment des aus einer Niere stammenden Urins bei sichergestellter Diagnose einer Tuberkulose der andern Niere. 2. Smegmabazillen in Reinkultur, aufgeschwemmt in Kochsalzlösung und im Urinsediment einer gonorrhoischen Cystitis. — Verf. empfiehlt diese Methode zur Nachprüfung.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

35) **Lupusbehandlung mittels der Uviollampe,** von H. Axmann. (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 30.)

Die 21jährige Patientin hatte einen ausgedehnten Lupus vulgaris des Gesichtes, Halses, beider Schultern und der gesamten Brust. Nach 38 Sitzungen, mittels der Uviollampe bestrahlt, konnte die Kranke als vorläufig geheilt entlassen werden. Nach des Verf.'s Ansicht dürfte ein gleicher Erfolg in derselben Zeit mit der Finsen-Lampe nicht zu erreichen sein. Schourp-Danzig

36) **Die Atoxylbehandlung der Pellagra,** von Babes und Vasilin. (Berliner klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 28.)

Die Verff. haben, veranlaßt durch einige günstige Beeinflussungen, das Atoxyl systematisch bei Pellagrakranken angewandt. Eine Gruppe bekam zunächst 0,1 g Atoxyl in wässeriger Lösung subkutan. Diese Dosis wurde nach sieben Tagen wiederholt, nach weiteren sieben Tagen 0,2, dann nach je vier Tagen wieder 0,2 bis zu 1 g im Laufe eines Monates. Hierauf längere Pause. Eine weitere Gruppe bekam alle vier Tage 0,2; leichtere Kranke

wöchentlich 0,1. Bei den 12 Patienten, deren Krankengeschichten mitgeteilt werden, wurden die Symptome der Pellagra mit Ausnahme der schweren cerebralen Zustände und der Tachykardie selbst durch geringe Dosen des Mittels oft mit einem Schlage gebessert und schwanden nach wenigen Tagen. Die Verff. glauben, ohne sich sanguinischen Hoffnungen hinzugeben, namentlich was die Dauer des Erfolges anbetrifft, daß das Atoxyl mehr leistet als alles bisher versuchte, und bestimmt zu sein scheint, dem durch die Krankheit hervorgerufenen Elend Einhalt zu tun. Lengefeld-Brandenburg a/H.

Syphilis.

37) **La syphilis dans l'armée,** par Delorme. (Gaz. d. hôpit. 1907. Nr. 48.)

Aus der Statistik des Verf.'s ergibt sich, daß die primäre und sekundäre Lues in der französischen Armee nur $^1/_3\,^0/_0$ so häufig ist, als in der gleichalterigen Zivilbevölkerung; auch die anderen venerischen Krankheiten sind seltener als beim Zivil. Alle Geschlechtskrankheiten sind im Heere in progressiver Abnahme begriffen, neben der deutschen hat die französische Armee die geringste Anzahl derselben. Die Militärzeit ist in Frankreich derjenige Zeitabschnitt, in welchem die jungen Leute am seltensten die Lues akquirieren, sie lernen unter der Fahne auch am besten, sich für die Zukunft davor zu schützen. Dies ist das Resultat der permanenten Erziehungs- und Aufklärungsbestrebungen, der hygienischen Maßnahmen, die eingeführt sind; aber auch im Reserveverhältnis sollten die Behörden unaufhörlich in gleichem Sinne wirken, z. B. durch Ersetzung der geheimen durch die überwachte Prostitution in Häusern; die Zunahme der venerischen Krankheiten in den Garnisonen geht immer proportional mit der Zunahme der geheimen Prostitution in den Bars, Kabarets, Kneipen usw. Paul Cohn-Berlin.

38) **Zur Technik der intramuskulären Hg-Einspritzungen,** von A. v. Karwoski. (Monatsh. f. prakt. Dermatologie. XLV. Nr. 1.)

Aus einer Zusammenstellung ergibt sich, daß von 325 Injektionen mit Hg. salicylicum, in Oleum olivarum suspendiert, bei 30 Patienten nur 4 Einspritzungen als schmerzhaft angegeben wurden. 13 Patienten hatten früher Paraffininjektionen erhalten und diese sehr schlecht vertragen; sie hoben ausdrücklich den großen Unterschied in der Schmerzhaftigkeit bei den Ölinjektionen hervor. Als besonders günstig bezeichnet Verf. das Fehlen von Infiltraten bei den Ölinjektionen. Er schließt aus seinen Beobachtungen, daß das Olivenöl bei den Injektionen viel schwächere Reaktion als das Paraffin hervorruft und daher bedeutend geringere Beschwerden verursacht, und empfiehlt daher die Anwendung des Olivenöls als Vehikel für die Hg. salicylicum-Injektionen aufs wärmste und rät die probeweise Injektion kleiner Mengen des Mittels an, um einer drohenden Lungenembolie aus dem Wege zu gehen. Schourp-Danzig.

39) **Die Behandlung der Syphilis mit Atoxyl,** von M. v. Zeissl. (Wiener med. Presse. 1907. Nr. 24.)

Verf. äußert sich sehr zurückhaltend in bezug auf eine spezifische Einwirkung des Atoxyls auf Lues, da allzu häufig Syphilide nicht durch den Gebrauch, sondern zufällig während des Gebrauches von vielgepriesenen Mitteln schwanden. Dennoch kann er sich der immer wiederkehrenden Beobachtung nicht verschließen, daß die Hebung des Kräftezustandes, welche das Atoxyl zustande brachte, einen Einfluß auf das schnellere Schwinden der

Syphilissymptome ausübte, so daß seine Anwendung besonders bei schwächlichen, anämischen Patienten einen erheblichen Vorteil bedeutet. Die roborierende Wirkung des Atoxyls wird es demnach ermöglichen, mit einem geringeren Quantum von Quecksilber und Jod, als sonst nötig wäre, die Syphilis zu heilen. Die Injektionen wurden mit 20%iger Atoxyllösung intramuskulär ausgeführt, zuerst wurden 2 Teilstriche einer Pravaszspritze, dann täglich 2 Teilstriche mehr, nach 5 Tagen 10 Teilstriche gleich 1 cm eingespritzt, darauf jeden zweiten Tag 1 cm der Lösung. Niemals zeigten sich Intoxikationserscheinungen, selbst nicht als in einem Falle 2 Tage hintereinander je eine ganze Spritze der Lösung injiziert wurde. J.

40) **Über den Luesantikörpernachweis im Blute von Luetischen,** von E. Weil. (Wiener klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 18.)

Die ausgedehnten, exakt durchgeführten Versuche des Verf.'s ergaben, daß Extrakte aus Tumoren mit dem Blute von Luetikern die gleichen Komplementablenkungen zeigen, wie es Wassermann, Bruck und deren Mitarbeiter bei der Reaktion auf Luesantikörper beschrieben haben. Er ist der Meinung, daß die Komplementbildung durch eine Reaktion erfolge, welche gelöste Gewebsstoffe mit dem Blutserum zusammen ergeben, so daß nach Art eines Präzipitationsvorganges das Komplement absorbiert werde. Vielleicht sei auch die Reaktion auf Luesantikörper nur eine Reaktion auf gelöste Gewebebestandteile. Dieselben spielen nach Marie und Levaditi eine Rolle bei dem Nachweis der Luesantikörper. Der Umstand, daß die Extrakte durch Kochen inaktiviert werden, läßt vermuten, daß die aktive Substanz nicht von der Spirochaete pallida, sondern von den Zellen des Gewebes stammt. Die berichteten Untersuchungen beziehen sich allein auf Menschen, geimpfte Affen zu untersuchen, bot sich keine Gelegenheit. J.

41) **Weitere Mitteilungen über die Erkrankung der großen Gefäße bei kongenitaler Lues,** von Egon Rach und Richard Wiesner. (Wiener klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 18.)

Bei 27 Fällen von kongenitaler Lues wurden in bezug auf die Lokalisation der Erkrankung innerhalb der Gefäßrohre Stücke aus der Wand der Aorta ascendens, aus dem Anfang der Aorta descendens, aus der Aorta abdominalis und der Arteria pulmonalis histologisch untersucht. Es fanden sich Zellinfiltrate im Bereiche der Adventitia und in den benachbarten Schichten der Media, sowie in der Obliteration der Vasa vasorum. Die Zellanhäufungen bestanden aus mononukleären Lymphozyten und spärlichen polynukleären Zellen; daneben zeigten sich junge Bindegewebszellen. Die Erkrankungsprozesse beschränkten sich nicht stets auf die äußeren Wandbezirke, sondern veränderten gelegentlich auch die mittlere Gefäßhaut. Die Erkrankung der Hauptgefäßstämme bestand unabhängig von sonstigen Organerkrankungen und darf zu den relativ häufigen Teilerscheinungen der allgemeinen, kongenitalen Lues gerechnet werden. Spirochäten konnten in den syphilitischen Aorten und Pulmonalarterien weder mit Silberimprägnation, noch mit Dunkelfeldbeleuchtung nachgewiesen werden. Vielleicht sind die Gefäßveränderungen auf toxische Einflüsse auf die Vasa vasorum mit konsekutiver pathologischer Veränderung der umgebenden Wandbezirke zurückzuführen. J.

42) **Observations sur 2250 cas de syphilis, observés à Bruxelles,** par Bayet. (Bruxelles 1907. L. Severeyns.)

Aus der überaus umfassenden Statistik sucht Verf. das Häufigkeitsverhältnis der Syphiliserkrankungen zwischen Männern und Frauen, ver-

schiedenen Lebensaltern, in Paris und Brüssel, in den verschiedenen Ständen und bei ehrenhaften und anderen Frauen herauszurechnen. Nicht erheblich ist der Unterschied zwischen der Pariser und Brüsseler Bevölkerung. Bedeutend bevorzugt erscheint das Lebensalter zwischen 20 und 30 Jahren, welches über die Hälfte aller Luesfälle einschließt. Die gefahrvollste Periode beginnt bei Frauen etwas früher, dauert bei Männern etwas länger an. Arbeiter werden im allgemeinen früher infiziert, als Männer aus besseren Bürgerständen. Unter Prostituierten, heimlichen Prostituierten und nur leichtfertig lebenden Frauen stellten die beiden letzteren Rubriken das größere Kontingent dar. Erschreckend berührt der Nachweis, daß etwa $^1/_4$ der syphilitisch infizierten Arbeiter ihre Krankheit auf ihre Ehefrauen, oft auch auf ihre Kinder übertrugen. J.

43) **Primary syphilis of lips and tonsils,** by A. B Thrasher. (The lancet-clinic. Cincinnati 1907. 23. März.)

Verf. berichtet über vier zuerst verkannte Fälle von Syphilis insontium mit Primäraffekten an Nase, Lippe und Tonsillen. J.

44) **Über Pleuritis gummosa,** von Max Lissauer. (Virchows Archiv f. pathol. Anatomie u. Physiologie u. f. klin. Medizin. 1907.)

Verf. konstatierte die seltene Erscheinung einer Pleuritis gummosa an der Leiche einer mit zahlreichen syphilitischen Erscheinungen behafteten Frau. Tuberkulose konnte ausgeschlossen werden, da sowohl Tuberkelbazillen als wie tuberkulöse Erkrankungen anderer Organe fehlten. Die verdickte Pleura bestand aus zellreichem Bindegewebe, welches zahlreiche dünnwandige Blutgefäße enthielt. Die in der obersten Schicht sitzenden Knötchen bestanden aus epitheloiden, lymphoiden und Granulationszellen in einem zarten Bindegewebsnetz. Die größeren Knoten zeigten zentrale Verkäsung. J.

45) **Sur une forme rectiligne du spirochète pale. Sa signification. Son rôle probable dans les lésions tertiaires,** par Ch. Fouquet. (Compt. rend. h. de sé. Soc. Biol. 1907. Nr. 5.)

Verf. bestätigt die Angaben früherer Untersucher, daß man neben der spiraligen Form der Spirochaeta pallida in luetischen Produkten auch solche von anderer Gestalt finde. Er hält die spirale Form für das jugendliche, die geradlinige für ein späteres Entwicklungsstadium, das den tertiären Produkten eigen wäre. Solger-Neiße.

46) **Sur l'immunité des syphilitiques tertiaires,** par Paul Salmon. (Compt. rend. h. de sé. Soc. Biol. 1907. Nr. 5.)

Verf. unterzog die Angabe von Finger und Landsteiner (1906), wonach die Reinfektion von Tertiärsyphilitikern das Auftreten von Knoten und ulcerierenden Syphiliden im Gefolge habe, einer experimentellen Nachprüfung. Es wurden an drei Individuen, die vor längerer Zeit (20—30 Jahren) sich luetisch infiziert hatten, acht meist intradermatische Impfungen mit frischem Syphilisgift vorgenommen, von denen nur zwei ein Ergebnis lieferten, das aber keineswegs beweisend war. Solger-Neiße.

47) **Bemerkungen zu den Kaninchenaugenimpfungen,** von Walter Schulze. (Med. Klinik. 1907. Nr. 19.)

In dem polemisierenden Artikel wird gegenüber E. Hoffmann betont, daß nicht Bertarelli, sondern Siegel und Schulze den Beweis für die Übertragbarkeit der Lues auf das Kaninchen erbracht haben. Als geeignetste Impfstelle erwies sich das Auge, speziell die Iris. Beweisend ist die den beiden letztgenannten Autoren gelungene Rückimpfung auf Affen mittels

innerer Organstücke der am Auge geimpften Kaninchen. Diese Tatsache und nicht der Befund der mit der Silbermethode sichtbar zu machenden Spirochäte lassen den Schluß auf Syphilis zu. F. Biberstein-Gleiwitz.

48) **Die Legende von der Altertumssyphilis,** von A. v. Notthafft. (Leipzig 1907, Engelmann. 4 Mk.)

In dieser mit enormem Fleiße und bewunderungswürdiger Literaturkenntnis geschriebenen Monographie kommt Verf. zu dem Schlusse, daß sämtliche Hypothesen und Belegstellen, welche eine Syphilis des Altertums beweisen oder wahrscheinlich machen wollen, auf Irrtum oder Willkür der Ausleger beruhen. Durch Scheube und J. Bloch ist der Import der Seuche aus Amerika bewiesen worden. Es ergibt sich daher aus der Gesamtheit dieser drei sich gegenseitig ergänzenden Abhandlungen, daß es nie eine Altertumssyphilis gegeben hat, daß dieselbe eine Legende war. J.

49) **Einige Bemerkungen über das Hg-Präparat „Injektion Hirsch“,** von G. Hirsch. (Med. Klinik. 1907. Nr. 25.)

Die reichliche Anwendung des Präparates, einer 1%igen Lösung von Hg-Oxycyanatum mit Zusatz von Akoin, ergab bei aseptischer Applikation völlige Schmerzlosigkeit der Injektionen. Die Dosis beträgt bei Erwachsenen 1 ccm täglich, steigend bis 1,5 ccm, bei Kindern 0,5 bis 1 ccm. Nebenwirkungen fehlten. Spritze und Kanüle sind nur mit destilliertem Wasser zu reinigen und in Paraffin aufzubewahren. F. Biberstein-Gleiwitz.

50) **Über positive Syphilisimpfung am Kaninchenauge,** von C. Grouven. (Med. Klinik. 1907. Nr. 26.)

Nach Erwähnung der bisherigen Versuche von intraokularen Impfungen mit menschlichem Syphilismaterial beim Kaninchen berichtet Verf. über einen von ihm erzielten positiven Impferfolg am Kaninchenauge. Nach vorangegangener diffuser papulöser Iritis und parenchymatöser Keratitis entwickelte sich aus einer Irispapel eine rasch die Kornea durchwachsende kondylomatöse Geschwulst, die schließlich im Aussehen einem perforierten exulzerierten Gumma der menschlichen Iris glich. Von Bedeutung ist dabei der wiederholte Befund lediglich von Spirochäten vom Typus der Pallida in tiefen Partien des nicht exulzerierten Gewebes. F. Biberstein-Gleiwitz.

51) **Über Mergalbehandlung bei Syphilis,** von Henryk Gross. (Fortschritte der Medizin. 1907. Nr. 16.)

Behandelt wurden 15 Fälle von Syphilis (5 Frischinfizierte, 10 Altinfizierte), die Dosis stieg von dreimal täglich 1 Kapsel nach der Mahlzeit bis dreimal täglich 2 Kapseln, event. wenn das Mergal sehr gut vertragen wird, bis viermal täglich 2 Kapseln. Haut- und Mundpflege, reizlose Kost ist Bedingung. Unter diesen Umständen ist die Kur wirksam und wird gut vertragen. Nach Verf. gleicht ihre Wirkung der einer Inunktions- oder Injektionskur mit löslichen Hg-Salzen. Das Mergal wird rasch und gleichmäßig resorbiert und verursacht nur sehr selten Darmreizung, auch beseitigt es mitunter hartnäckige Symptome, bei denen die Einreibungskur nicht schnell genug wirkt. Dazu kommen als Vorteile, daß die Mergalkur unauffällig und bequem ist. Paul Oppler-Breslau.

52) **Progressive Paralyse und Syphilis,** von F. Ries. (Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. 1907. 1. und 15. April.)

Die Untersuchungen des Verf.'s ergeben als Resultat: Es gibt einen für die progressive Paralyse charakteristischen Befund der Hirnrinde und zwar eine

chronische Entzündung mit charakteristischer Entartung der Gefäße. Die Paralyse ist eine Form der Hirnsyphilis. Paul Oppler-Breslau.

53) **Über die Ätiologie der Syphilis**, von Wolters. (Med. Klinik. 1907. Nr. 28.)

Nach einem Rückblick auf die Geschichte der Syphilis berichtet Verf. von den zahlreichen Untersuchungen und Publikationen über den Erreger dieser Krankheit, um schließlich des Näheren die ätiologische Bedeutung der Spirochaete pallida für die Syphilis darzulegen. F. Biberstein-Gleiwitz.

54) **Spinale Lues**, von Harttung. (Allg. med. Centralzeitung. 1907. Nr. 10.)

Bei einer Patientin, welche zwar im ersten Jahre ihrer Lues drei gründliche Kuren vornahm, dann aber 3 Jahre lang unbehandelt blieb, stellte sich nach 6 Jahren eine spinale Lues ein, welche zuerst durch Schwäche der Beine beim Gehen, dann durch Schwindelanfälle bemerkbar wurde. Neben erhöhten Reflexen bestanden ausgesprochene Spasmen der Adduktoren und Extensoren, spastischer Gang mit Durchdrücken der Knie, Querstellung des Beckens und Nachschleifen eines Fußes. Verf. ist der Meinung, daß nicht Stoffwechselstörungen, sondern Syphiliskeime selbst diese Erscheinungen hervorrufen und wandte daher nicht Jod, sondern das spezifische Quecksilber in diesem und einem zweiten Falle von schwerer spinaler Lues bei einer Frau, welche mehrere Aborte durchgemacht hatte, mit gutem Erfolge an. Natürlich ist die günstige Prognose solcher Affektionen stets eine bedingte, da die im Centralnervensystem schnell erfolgende Gewebszerstörung nicht wieder auszugleichen ist. J.

55) **Knochengummata**, von Preiser. (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 29.)

Bei einem achtjährigen Knaben war das untere Drittel der Fibula stark aufgetrieben, auf Druck schmerzhaft, die Haut gerötet und heiß. Die Röntgen-Aufnahme ergab Durchsetzung des unteren Fibuladrittels mit vielkammerigen, cystenartigen Aufhellungen, welche teilweise konfluierten. Die Fibula war hier auf das Doppelte verbreitert, das Periost nicht beteiligt. Obwohl der letztere Umstand gegen Gumma sprach, wurde Quecksilber und Jod gegeben. Heilung. Schourp-Danzig.

56) **Luetisches Leberfieber**, von Treumann. (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 30.)

Bei einem 40jährigen Kaufmann, der an abendlichem Fieber, Nachtschweiß, Müdigkeit litt, bestand der Verdacht auf Tuberkulose. Dann wurde aber an Lues gedacht, als neben Leberschwellung der Urin leicht ikterisch wurde; die Anamnese ergab eine vor 15 Jahren erworbene, sorgfältig behandelte Syphilis. Auf Quecksilber und Jodkali verschwand das Fieber nach 3 Tagen, die Nachtschweiße nach 2 Wochen. Schourp-Danzig.

57) **Die Syphilisbehandlung im Lichte der neuen Forschungsresultate**, von E. Lesser. (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 27.)

Nach einem Überblick über den heutigen Stand der Spirochätenforschung streift Verf. die Frage der Frühbehandlung der Syphilis und der chronisch intermittierenden Behandlung nach Fournier, um sodann auf die Atoxylbehandlung einzugehen. Wenn auch bereits aus den bisherigen Erfahrungen mit Atoxyl geschlossen werden kann, daß es bald in langsamerer, bald in prompterer Weise die sichtbaren Erscheinungsformen der Syphilis zum Schwinden bringt, so ist ein Urteil über den Wert der Atoxylbehandlung zurzeit nicht möglich, da die Anzahl der behandelten Fälle noch klein ist und Erfahrungen über die Dauer der Heilwirkung völlig fehlen. Schourp-Danzig.

58) **Der heutige Stand der Atoxylbehandlung der Syphilis unter Mitteilung eigener Beobachtungen,** von Moses. (Berliner klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 29.)

Verf. gibt eine Zusammenstellung der bisherigen Veröffentlichungen und eine kurze Übersicht von 19 eigenen Beobachtungen. Ohne Nebenerscheinungen blieben nur sieben. Besonders hervorzuheben ist ein Exanthem mit urtikariellem Charakter. Geheilt wurden 5 Fälle allein durch Atoxyl, sieben wurden gebessert, einmal Besserung bzw. Heilung, was durch Hg nicht erreicht war. In 4 Fällen mußte der Nebenerscheinungen wegen die Kur abgebrochen werden. Bei zwei Kranken endlich war die Besserung geringer als bei Hg. Verf. ist ebenfalls der Ansicht, daß das Atoxyl nicht sorglos der Praxis übergeben werden kann. Lengefeld-Brandenburg a/H.

59) **Die Syphilis des Herzens und ihre Frühdiagnose,** von Herzog. (Berliner klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 31.)

Verf. führt einige Krankengeschichten an, aus denen hervorgeht, daß die Lues cordis in einer Reihe von Fällen möglich ist. Jeder schwere Anfall von Angina pectoris bei jungen oder Leuten in den mittleren Lebensjahren, aber auch leichtere Fälle von Präkordialdruck und Angst bei vorher gesunden sollen an Lues denken lassen. Ebenso wird man bei anderweitiger spezifischer oder in dieser Richtung suspekter Organerkrankung oder wenn eine Herzvergrößerung sich relativ rasch ohne sonstige nachweisbare Ursache entwickelt, der Möglichkeit der Lues gedenken müssen, wie das Auftreten von Aorteninsufficienz in mittleren Jahren ohne Gelenkrheumatismus verdächtig erscheinen muß. Lengefeld-Brandenburg a/H.

60) **Syphilitische Familiengeschichten aus Centralamerika,** von Rothschuh. (Berliner klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 30.)

Unter 14 Fällen, die an einem beliebig ausgewählten Tag den Gegenstand der allgemeinen Praxis bildeten, war nur ein einziger wegen Lues in Behandlung, während in sämtlichen, zum mindesten in der nächsten Verwandtschaft die Erscheinungen der syphilitischen Dyskrasie auftraten.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

61) **Luetische Erkrankung der Parotis,** von Claus. (Berliner klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 31.)

Bei der Patientin fand sich eine Periostitis des linken Jochbeins, Schwellung beider Parotiden, ein Tumor der hinteren Pharynxwand und eine Fistel am rechten Sternoklavikulargelenk. Wegen des Verdachtes auf Lues wurde Jodkali gegeben, worauf die Erscheinungen prompt zurückgingen.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

Krankheiten des Urogenitalapparates.

62) **Ein eigentümlicher Fall von Massenblutung,** von F. Löwenhardt. (Archiv f. Dermat. u. Syphil. LXXXIV. 1907. S. 395. Neisser-Festschr.)

Verf. entfernte bei einer Frau wegen profuser Blutung eine Niere, die sowohl im Nierenbecken, in den Kelchen, wie in der Rinde eine große Anzahl kleiner entzündlicher Herde zeigte. Obwohl anamnestisch Lues nachweisbar war und obwohl eine der nach der Operation noch auftretenden Blutungen bei Anwendung von Jodkali aufhörte, kann der Autor die Blutungen doch nicht als klinische Symptome von Syphilis auffassen, zumal ähnliches bisher nicht bekannt geworden ist, die genauere histologische Untersuchung hierfür auch keinen Anhalt bot. Löwenheim-Liegnitz.

63) **Die Behandlung der Prostatahypertrophie mit Röntgen-Strahlen,** von Felix Schlagintweit. (Zeitschrift f. Urologie. I. 1907. 1. Heft.)

Nach Prüfung der Methode bei 53 Prostatikern kommt Verf. zu folgendem Resultat: Nach 1—2 tägigen Reizerscheinungen, die im Anschluß an die Bestrahlungen auftraten und in Zunahme des Harndrangs bestanden, pflegten sich die typischen Prostatabeschwerden, wie man sie auch bei Prostatitis findet, vorübergehend zu bessern. Cystitische Beschwerden blieben unbeeinflußt. Nach diesen Erfahruugen wendet Verf. daher auch die Methode bei Prostatitis an. Bei Hypertrophie wurde ferner mitunter eine Konsistenzänderung der Drüse konstatiert, die aber auch nur vorübergehend war. Eine Heilung der Prostatahypertrophie, d. h. dauernde Beseitigung des Residualharns, konnte in keinem Fall erreicht werden. Walter Schneider-Königsberg.

64) **Ein aseptischer Katheterisator,** von H. Markus. (Münchener med. Wochenschrift. 1907. Nr. 26.)

Der Apparat, der sich exakt zerlegen und reinigen läßt und eine so geringe Größe hat, daß er bequem in der Westentasche mitgeführt werden kann, wird von der Wiener Instrumentenfirma H. Reiner hergestellt.

Trautmann-München.

65) **Über einen neuen Katheter-Dampfsterilisator mit Aufbewahrungsbehältern für die einzelnen Katheter,** von Arthur Bloch. (Zeitschrift für Urologie. 1907. Nr. 7.)

Der Sterilisator, der von Louis und H. Loewenstein in Berlin angefertigt wird, besteht aus einem dosenförmigen Dampferzeuger, um den 4 Tuben kreisförmig gelegt sind. Sie dienen zur Aufbewahrung der Katheter, sind an einem Ende verschlossen, am anderen stehen sie mit dem Dampfraum in Verbindung und sind hier mit einer durchbohrten Verschraubung versehen. Der Dampf sterilisiert die Katheter innen und außen. Versuche ergaben, daß eine $2^1/_2$ Minuten lange Sterilisation genügt, um alle für die Blase pathogenen Bakterien zu töten. Die desinfizierten Katheter lassen sich 48 Stunden im Apparat keimfrei aufbewahren. Walter Schneider-Königsberg.

66) **Über einen Wachsklumpen in der Blase. Entfernung desselben durch Auflösung mittels Benzininjektion,** von Lohnstein. (Berliner klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 23.)

Ein 23jähriger Arbeiter war wegen eines mit Hämaturie einhergehenden Blasenkatarrhs bereits monatelang erfolglos behandelt. Über die Ursache seines Leidens wußte er nichts anzugeben und bestritt, je an Tripper gelitten zu haben. Bei der Zystoskopie zeigte sich am Vertex der Blase, scheinbar fest der Wand adhärirend, ein etwa wallnußgroßes Gebilde von gelblich-weißer Farbe, glatter Oberfläche und annähernd eiförmiger Gestalt. Bei einer weiteren Zystoskopie nach einigen Argentumspülungen schien das Gebilde nicht adhärent zu sein. Die Vermutung, daß es sich um Wachs handle, das Patient sich selbst in die Harnröhre gepreßt hatte, wurde durch Geständnis des Patienten bestätigt. Und zwar handelte es sich um Stearin. Inkrustationen hatten sich trotz des fast halbjährigen Verweilens des Klumpens in der Blase nicht gebildet. Nach Auflösung desselben, die mittels einiger Benzininjektion gut gelang, erfolgte bald Heilung. Lengefeld-Brandenburg a/H.

67) **Kasuistischer Beitrag zur Prostatectomia suprapubica,** von Posner. (Berliner klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 23.)

Bei einem Patienten, der sich wegen Prostatahypertrophie schon 18 Jahre katheterisiert hatte, wurde wegen Zunahme der Beschwerden, die der An-

wesenheit eines Steines mit zugeschoben wurden, die suprapubische Eröffnung der Blase vorgenommen. Nach Extraktion des Steines und Entfernung der Prostata erfolgte Heilung. Der Patient hatte die vollständige Herrschaft über seine Blase wiedererlangt. Lengefeld-Brandenburg a/H.

68) **Beiträge zur Lehre von der epidermoidalen Umwandlung des Harnblasenepithels. Über Glykogenablagerung im Epithel der Harnblase und ihre klinische Bedeutung,** von Renichiro Ikeda. (Zeitschrift f. Urologie. I. 1907.)

Die Umwandlung des Epithelcharakters der Blasenschleimhaut ist eine bei den verschiedenen Cystitisformen, speziell nach Prostatahypertrophie, relativ häufige Erscheinung. In den ausgeprägten Formen entspricht sie morphologisch vollkommen der Haut. Der Nachweis von Glycogen — Braunfärbung nach Zusatz von Jod — gelingt nicht im normalen Übergangsepithel der Harnblase, auch nicht oder nur ganz vereinzelt in den Epithelien bei Cystitis, die ohne Metaplasie einhergeht. Dagegen ist Glycogengehalt stets in Epithelien der cystitischen Blasenschleimhaut zu finden, wenn es zur Metaplasie gekommen ist, und hat insofern eine prognostische Bedeutung, als derartige Fälle durch die Behandlung schwer zu beeinflussen sind. Auch bei Blasentumoren werden viel glykogenhaltige Epithelien ausgestoßen. Glykogenhaltige Epithelien im Nierenharn sprechen bei Abwesenheit von Entzündungserscheinungen für einen renalen Tumor. Walter Schneider-Königsberg.

69) **Zur Cytologie des Prostatasekrets mit besonderer Berücksichtigung der Phagokaryose,** von Joseph Jelles. (Zeitschrift f. Urologie. I. 1907.)

Bei der Lecithinphagocytose hat nicht nur das Protoplasma der Leukocyten die Fähigkeit, Lecithinkörnchen in sich aufzunehmen, sondern auch ihr Kern. Diese Funktion nennt Verf. „Phagokaryose". Verf. hat das Sekret von Vorsteherdrüsen, die ja in normalem Zustande Lecithin enthalten, in 40 Fällen bei Entzündungen untersucht und dabei gefunden, daß die Zahl der freien Lecithinkörnchen abnimmt, je akuter der Prozeß ist. Ferner fanden sich die meisten polynukleären Leukocyten in ganz akuten Fällen, ihre Zahl ist stets, auch in chronischen, größer als die der mononukleären. Bei großer, weicher Prostata ist die Lecithinkörnchenaufnahme am größten und findet sich in poly- wie in mononukleären Zellen. Walter Schneider-Königsberg.

70) **Die Behandlung der Impotenz.** Klinischer Vortrag von Fürbringer. (Deutsche med. Wochenschrift. 1907. Nr. 7.)

Unter dem Begriff der absoluten und relativen Impotentia coeundi versteht Verf. die mechanischen Hemmungen der Potenz, die Impotenz als Teilerscheinung von Allgemeinerkrankungen und die sogenannten idiopathischen Formen ohne bekannte Ursachen. Von Interesse ist die geringe Meinung des Verf.'s von dem Nutzen der medikamentösen Behandlung, sowohl mit den Organextrakten — Pöhlsches „Spermin" — wie auch mit Yohimbin (Spiegel) und Muiracithin. Die reiche Literatur lobenden Inhaltes und die große Reklame fordern zu einer ernsten Nachprüfung des Wertes dieser Präparate auf. Dem Alkohol rühmt Verf. eine temporäre Anregung der Libido mit entsprechender Hebung der Erektionsfähigkeit nach, wenn er auch selbstverständlich nicht verkennt, wie bedenklich sein Mißbrauch gerade bei den depotenzierenden funktionellen Nervenleiden ist. Von den mechanischen Apparaten zur Behebung der Impotenz nennt er den Gersonschen Apparat, eine elastische, mit Zinkpflaster bestrichene Binde, in welche das des Haltes bedürftige Membrum mit Ausschluß des Glans gewickelt wird, zweck-

entsprechender als im sehr teuren Gassenschen „Erektor". Bei der Besprechung der roborierenden Gesundheitspflege des Impotenten hebt Verf. den Nutzen des maßvoll betriebenen Radfahrsportes hervor, der nach seiner Ansicht von antineurasthenischer Wirkung ist. Schourp-Danzig.

III. Therapeutische Notizen.

Pruritus ani:

1) Rez. Pic. liquid.
Lanolin ana 5,0
Zinci oxydati 7,0
Vaselin. 20,0
(Sabouraud, Journal de méd. 1907. Mai.)

J.

Cystitis:

2) Rez. Lupulin pur. 1,0
Morph. mur. 0,05
Sach. alb. 3,0
M. f. p.
Div. indos. aequal. VIII
S. 3 bis 5 Pulver tgl.
(Centralbl. f. d. ges. Therapie. 1907.)

J.

Epididymitis gon.:

3) Rez. Jothion 2,0
Ol. Sesami 18,0
(Tanco, Pester med.-chir. Pesse. 1907. Nr. 30.)

J.

IV. Vereinsberichte.

Niederländischer Dermatologischer Verein.

Sitzung vom 7. Juli 1907.

(Originalbericht von Polano-Haag.)

Von de Buy-Wenniger wurden vorgestellt:

1) Zwei Schwestern und das Kind der einen Schwester, sämtlich seit der frühesten Kindheit mit demselben Hautleiden behaftet. Auch der Vater der beiden Frauen hat angeblich dieselbe Krankheit aufgewiesen. Wenniger teilt mit, wie die multiplen Blasen hier nach kleinsten Traumen entstanden sind; hauptsächlich bei den beiden Frauen an den Knien durch ständige Berührung des Fußbodens. Er hat die Diagnose auf Epidermolysis hereditaria bullosa gestellt; speziell die von Bettmann sogenannte dystrophische Form dieser Erkrankung, wobei an den Stellen, wo die Blasen öfters auftraten, schließlich nicht nur Narben entstehen, sondern auch kleine Epidermiszysten zurückbleiben, die an Milien erinnern, wie auch von Brocq beschrieben worden ist. Außerdem sind hier die typischen Nagelveränderungen zu sehen, ebenfalls von Brocq beschrieben und „en bec de ferroquet" genannt. Da

die eine der Schwestern an Lues leidet, war ursprünglich durch das Exanthem das Bild noch schwerer zu deuten als jetzt.

Mendes da Costa teilt mit, wie er die Blasen und später die Narben und Epidermiszysten öfters lokalisiert an bestimmten Stellen beobachtet hat, so u. a. neulich bei zwei Kindern an den Knöcheln. Er fragt **Wenniger**, ob er es versucht hat, selbst durch Reiben neue Blasen hervorzubringen. **Wenniger** hat es versucht, aber ohne Erfolg. **Mendes** behauptet nämlich, er sei der Meinung, daß das Trauma für das Entstehen der Blasen hier nur von sekundärem Interesse ist. Auch **Colcott Fox** hat einen gleichen Fall publiziert, wo von Trauma keine Rede war. **Mendes** glaubt, daß die Blasen ausschließlich auf neurotischem Boden entstehen. Damit stimmt überein, daß seine Patienten öfters noch mehrere trophische Störungen aufwiesen, z. B. eine totale Alopecie, Erytheme, die aber nicht flüchtig, sondern persistierend waren und gewisse Konfiguration zeigten.

Broers hat einen Fall von Epidermolysis bullosa hereditaria gesehen mit Hämophilie kompliziert, und fragt, ob auch hier Neigung zu Blutungen zu konstatieren war. **Wenniger** hat nur einmal eine leichte Blutung aus einer Blase gesehen; weiter nichts, was den Gedanken an Hämophilie näher bringen könnte.

2) **Broers** demonstriert einen typischen Fall von **Lichen ruber planus**, wo merkwürdigerweise der Prädilektionssitz der Knötchen an der Innenseite der Handgelenke frei geblieben ist. **Mendes** weist auf den phthisischen Habitus des Patienten hin und in Zusammenhang damit auf die im vorigen Jahre von **Polano** beschriebenen histologischen Befunde bei Lichen; speziell auf das Vorkommen von Riesenzellen in der Cutis. Er meint, es wäre nicht unmöglich, daß man später in die Notwendigkeit käme, auch den Lichen ruber bei den sog. Toxituberculiden unterzubringen. **Polano** dagegen behauptet, daß seine polynukleären Gebilde sicher epithelialen Ursprungs wären, wie aus den mikroskopischen Präparaten deutlich sichtbar ist, und daß dasselbe wahrscheinlich auch mit den von **Ledermann**, **Joseph** u. a. gefundenen riesenzellenartigen Gebilden der Fall sein wiıd.

Wenniger hat bei seinem Material beobachtet, daß der Lichen ausschließlich eine Erkrankung der niedrigeren Klassen der Bevölkerung ist und fragt darüber nach den Erfahrungen der übrigen Herren. Die Meinungen darüber sind geteilt.

3) Von **Broers** wurden dann noch vorgestellt ein Patient mit **Ulcus rodens** an der Stirn in 18 Sitzungen (3mal wöchentlich 15 Minuten), mit Radium geheilt, und schließlich ein Kind mit einem **Naevus permagnus**, wobei der übrige Körper von zahlreichen kleinen Naevi übersät ist. Er fragt die Kollegen, ob sie einmal etwas nachteiliges gesehen haben nach Elimination der Naevi.

Mendes da Costa glaubt, die Therapie sei ohne irgendwelchen schädlichen Einfluß; dagegen hält er den Erfolg für äußerst zweifelhaft.

4) Dann demonstriert **Teljer** folgende Fälle: a) **Hautgummata** bei einem Individuum bei völlig negativer Anamnese, die auf Hg und KJ-Behandlung schon im Rückgang begriffen sind. Merkwürdigerweise sind sie genau symmetrisch an beiden Vorderarmen aufgetreten. b) Ein Mädchen, das seit der Geburt an **Ichthyosis** leidet. Der Vater ist ein Luetiker. Von [illegible]tischen Stigmata ist keines bei dem Kinde vorhanden, höchstens könnte

man am Gebiß einige Unregelmäßigkeiten als mit Syphilis hereditaria zusammenhängend betrachten. In bezug auf das indolente Verhalten der kleinen Patientin empfiehlt Mendes da Costa die Thyreoidea-Therapie. c) Tertiäre Syphilide der Oberlippe, Nase und Augenwinkel, kombiniert mit einem Gummades Palatum molle bei einem Manne, ebenfalls mit absolut negativer Anamnese. d) Eine Frau mit großem gummösem Defekt an der Oberlippe, bei welcher auch die Ohrmuscheln die tertiäre syphilitische Erkrankung aufweisen. Außerdem befinden sich Plaques muqueuses im Rachen. Nichtsdestoweniger hat die Patientin vor sechs Wochen ein Kind bekommen, so gesund, wie man es sich nur wünschen kann. e) Einen Knaben mit heftigem Hautjucken an symmetrischen Körperstellen. Vor allem die Schulterblätter und die Streckseiten der Extremitäten sind befallen. Angeblich waren vor einigen Tagen kleine gruppierte Bläschen auf dem Rücken zu sehen, wodurch der Gedanke, man habe es hier mit einer beginnenden Duhringschen Krankheit zu thun, entstanden ist.

Mendes da Costa meint, alle diese follikulären, juckenden Exantheme, die, wie auch in diesem Falle leicht zu konstatieren ist, mit Narbenbildung abheilen, zu der großen Gruppe der Toxituberkuliden rechnen zu müssen. Auch die Prurigo, wie man auch in diesem Falle die Erkrankung nennen könnte, gehört nach seiner Meinung dazu. Er meint, daß es bei sorgfältiger Beobachtung fast immer gelingen wird, anderweitige tuberkulöse oder skrophulöse Symptome bei dieser Art Patienten zu entdecken. Da jede Therapie bis jetzt fehlgeschlagen hat, fragt Teljer, was in diesem Falle empfehlenswert sein könnte. Mendes da Costa, die Erkrankung, wie oben erwähnt, als tuberculid auffassend, empfiehlt als sehr zweckmäßig: Waschungen und nachher Umschläge mit Permanganatkalium, wie sie mit so großem Erfolge von den Franzosen bei mancherlei tuberkulösen Hautkrankheiten benützt worden sind.

5) Zum Schlusse der Versammlung werden von Broers Erfahrungen mitgeteilt, einem großen Material von Lueskranken entnommen. Der Vortrag, der sich hauptsächlich auf statistischen Bahnen bewegte, ist dadurch für ein Referat sehr wenig geeignet.

V. Vermischtes.

— Gegen chronische Furunkulose empfiehlt Sabouraud zugleich in prophylaktischer Hinsicht den Patienten dreimal wöchentlich Vollbäder von 30 Minuten Dauer und einem Zusatz von 15—30,0 Zincum sulfuricum nehmen zu lassen. J.

— Die Abteilung Dermatologie und Syphilidologie der 79. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Dresden tagt in der Technischen Hochschule, Bismarckplatz, Zimmer 13. Bis jetzt sind 54 Vorträge angemeldet. J.

Um Einsendung von Separatabzügen und neuen Erscheinungen an den Herausgeber Dr. Max Joseph in Berlin W., Genthiner Strasse 5, wird gebeten.

Verlag von Veit & Comp. in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

I. Namenregister.

II. Sachregister.

